

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

POUR

N°
53

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ SIBOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Assistant au Sanatorium de Cambo

Né à Toulouse, le 1^{er} Août 1888

Influence de la Puerpéralité

sur le Développement et l'Evolution

DE

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ÉTUDE STATISTIQUE SUR 94 CAS

(Travail des Sanatoriums du Docteur DIEUDONNÉ)

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ SIBOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Assistant au Sanatorium de Cambo

Né à Toulouse, le 1^{er} Août 1888

Influence de la Puerpéralité

sur le Développement et l'Evolution

DE

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ÉTUDE STATISTIQUE SUR 94 CAS

(Travail des Sanatoriums du Docteur DIEUDONNÉ)

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
AUBERTIN Pathologie médicale	LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
BASSET Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LEROUX Anatomie pathologique.
BINET Physiologie.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LHERMITTE Pathologie mentale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	METZGER Obstétrique.
CHABROL Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgicale.
CHIRAY Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgicale.
CLERC Pathologie médicale.	MULON Histologie.
DEBRÉ Hygiène.	OBERLING Anatomie pathologique.
DOGNON Physique.	OLIVIER Anatomie.
DONZELOT Pathologie médicale.	PHILIBERT Bactériologie.
DUVOIR Médecine légale.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE Obstétrique.	RICHET Fils Physiologie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
GARNIER Pathologie expérimentale.	VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL Obstétrique.
GIROUD Histologie.	VELTER Ophtalmologie.
HARVIER Pathologie médicale.	VERNE Histologie.
HEITZ-BOYER Urologie.	
HOVELACQUE Anatomie.	
HUTINEL Pathologie médicale.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	RETTERER Histologie.
LEQUEUX Obstétrique.	ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obsiétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

*En témoignage du prix dont fut pour
moi son enseignement, en homma-
ge de reconnaissance pour une bien-
veillance déjà ancienne qu'il veut
bien montrer encore en me faisant
l'honneur de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR DIEUDONNÉ DE CAMBO

*A qui je ne dois pas seulement la
matière et les idées directrices de ce
travail, mais plus encore une affec-
tueuse reconnaissance pour la bonté
de son accueil de jadis, pour l'expé-
rience acquise sous sa direction de-
puis douze ans, et pour le bienfait
de son exemple et de son amitié.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



Introduction

Ce travail n'a pas la prétention d'essayer de résoudre la question controversée des rapports de la puerpéralité et de la tuberculose, ni même d'envisager ce difficile et complexe sujet sous tous ses aspects. Après les discussions longues et approfondies qui ont suivi surtout le débat soulevé à l'Académie de Médecine en 1922 et le Congrès de Lausanne en 1924, il semble que les adversaires soient restés sur leurs positions et que les opinions contradictoires demeurent en présence. La vérité paraît être à mi-chemin de l'optimisme et du pessimisme ; ou, pour mieux dire, il est impossible, pour graves que l'on tiennne les conséquences d'une grossesse chez les tuberculeuses ou d'une tuberculose post-puerpérale, d'admettre que cette association soit toujours d'un pronostic fatal. « En cette difficile et délicate matière, écrivait notre maître le Professeur Sergent, aucune conclusion radicale, systématique, dogmatique ne peut être proposée. Il nous faut chercher à établir des distinctions aussi précises que possible entre les principales conditions qui peuvent se pré-

senter, et nous garder de soumettre à une loi commune tous les cas de tuberculose gravidique ».

Persuadé que le respect de cet avertissement est la condition nécessaire pour apprécier justement les rapports de la puerpéralité et de la tuberculose nous voudrions essayer d'en montrer le bien-fondé à l'aide des cas que nous présentons.

C'est dire que des 94 observations recueillies au sanatorium du docteur Dieudonné pendant 15 ans on ne tirera pas une simple statistique. Une statistique a souvent le grave défaut de classer les malades dans des catégories trop compréhensives et de laisser dans l'ombre bien des éléments qui donnent à chaque cas sa personnalité clinique, et doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit d'établir un pronostic. C'est à la recherche de ces éléments, de leur action possible dans les cas rapportés ici, et surtout de leur influence sur le pronostic que nous nous attacherons plus particulièrement. Ce ne sera pas dans le dessein d'établir un pronostic général de la tuberculose coïncidant avec la grossesse, mais bien au contraire de chercher si, quoi qu'on en ait dit, il n'y a pas, en la matière, uniquement *des cas d'espèces*, et de tenter de montrer qu'aucun détail n'est à négliger quand il s'agit de fonder avec le plus de sûreté possible, un pronostic.

Avant de présenter le résultat du dépouillement de nos observations, il nous a paru intéressant de rechercher quels renseignements on pourrait tirer des statistiques déjà publiées, tout au moins des plus récentes ; nous ne pouvons, en effet, songer à les rappeler toutes : l'énumération en serait fastidieuse sans profit ; nous nous bornerons à quelques exemples propres à montrer ce que l'on peut demander aux chiffres ainsi établis.

Le second chapitre exposera sommairement et résumera ce que la clinique enseigne des rapports de la puerpéralité et de la tuberculose pulmonaire, pour servir de point de comparaison avec notre propre étude statistique.

Celle-ci, précédée d'un exposé de la manière dont elle a été établie, viendra en dernier lieu.

CHAPITRE I

Au congrès de Lausanne de 1924, Forssner a présenté une statistique portant sur 396 tuberculeuses non enceintes et 341 tuberculeuses enceintes. Son but était, en comparant l'évolution de la tuberculose dans ces deux catégories de malades, de rechercher si la grossesse était ou non une cause d'aggravation.

Une première comparaison des résultats tendrait à faire croire que la tuberculose s'était montrée moins redoutable chez les femmes enceintes ; mais une cause d'erreur était tout de suite écartée : des cas de tuberculose torpide, découverts à l'occasion de l'entrée des parturientes dans les maternités, étaient pratiquement inexistantes dans la catégorie des tuberculeuses non enceintes, ces malades s'étant présentées dans les dispensaires à l'occasion d'un épisode évolutif, si minime soit-il, d'un symptôme d'alarme quelconque. C'est pourquoi, éliminant les cas reconnus torpides, en face des 396 tuberculeuses sans antécédents puerpéraux, Forssner place 203 tuberculeuses ayant de tels antécédents, chez qui la

bacilloscopie a été affirmative ou ayant présenté des symptômes d'évolution même passagers.

Comme les malades du premier groupe, elles ont été suivies pendant un ou deux ans, et cela à partir de leur accouchement.

Comparant les 2 tableaux établis de la sorte, il conclut « qu'on ne peut guère s'attendre à un résultat plus uniforme ». « Nous ne nous avançons pas trop, ajoute-t-il, en disant que cette statistique parle contre la thèse d'une influence funeste exercée par la gestation sur la tuberculose pulmonaire..... ».

Cette conclusion n'est d'ailleurs pas aussi absolue qu'elle le paraît si on arrête ici la citation ; car l'auteur ajoute que « chez les femmes au 2^e degré (de Turban) nous constatons qu'après un an la statistique est défavorable aux mères. Dans les 2 séries (temmes n'ayant pas eu ou ayant eu des grossesses), les pourcentages sont, après une observation d'une année, les suivants : améliorées ou stationnaires respectivement 73 et 61 %. Pour les aggravées 21 % et 33 % et pour les décédées 6 % dans les deux séries ; après deux ans d'observation, les différences sont moins marquées ». En somme, il y aurait 12 % des cas au bénéfice de la thèse pessimiste.

1) Il semble que l'on puisse d'abord critiquer dans cette statistique l'usage de la classification de Turban. Fondée sur l'étendue anatomique des lésions et sur leurs caractères stéthacoustiques, elle ne

suffit pas à en donner une idée clinique suffisante, notamment, et c'est le point principal, quant à leur tendance évolutive. Elle « fige » en quelque sorte des cas qu'il faut considérer tout au long de leur histoire. Et si l'on objecte que précisément on n'a retenu que des cas ayant présenté des épisodes évolutifs, il est aisé de répondre que ces épisodes n'ont dû être comparables chez toutes les malades, ni par le nombre, ni par la durée, ni par l'importance, ni par les conséquences. Par exemple, on ne peut ranger à ce point de vue, dans la même catégorie de malades au stade II de Turban, des formes caséuses ou des formes fibreuses, les unes et les autres sujettes, entre des accalmies plus ou moins longues, à des poussées évolutives, qui chez les secondes restent fugaces et bénignes, malgré l'ascension de la courbe thermique et l'expectoration bacillifère, et chez les premières se soldent par une aggravation manifeste de la situation d'ensemble.

2) Le passage d'un stade à l'autre est bien signalé dans les 2 tableaux de Forssner (qui en tire d'ailleurs cette conclusion que les formes de gravité moyenne fournissent le plus grand contingent d'aggravations). Mais ce que les chiffres de la statistique ne peuvent nous montrer, c'est la manière dont est survenue cette aggravation, dans quel cas la grossesse peut être incriminée, dans quel cas elle est innocente. Rien ne prouve que pour tel ou tel cas particulier l'accouchement, par exemple, n'ait pas été

immédiatement suivi d'une évolution, puisque l'état antérieur est passé sous silence. Et si, dans la citation que nous avons faite plus haut, Forssner, remarquant qu'au degré II de Turban la statistique est défavorable aux mères, ajoute *qu'au bout de 2 ans la différence est moins marquée*, c'est peut-être une raison de mettre au compte de l'accouchement les aggravations plus nombreuses survenues dans un délai plus court, et plus rapproché de l'accouchement.

3) La statistique de Forssner ne comprend pour les femmes enceintes que des malades suivies *après* l'accouchement. Quel était l'état de ces malades avant leur grossesse? Leur tuberculose était-elle méconnue ou le diagnostic en avait-il été fait? On donne un grand nombre de cas comme connus avant l'accouchement ; parmi les autres combien se sont développés pendant la gestation? On ignore ici les aggravations signalées par beaucoup d'auteurs, qui marquent les premiers mois de la gestation.

Admettons que, l'évolution de la tuberculose une fois déclanchée, elle n'affecte pas dans la majorité des cas une allure différente chez l'une et l'autre catégorie de malades. Le problème, de l'étiologie des poussées évolutives et de la responsabilité de la puerpéralité n'en reste pas moins entier.

A prendre cette statistique telle qu'on la présente, ce qui différenciera toujours les deux séries c'est que dans l'une d'elles on peut incriminer des cir-

constances étiologiques d'autant plus variées qu'il s'agit de malades de dispensaires, partant, d'un milieu social où les conditions d'existence, la nécessité du travail, le séjour dans une grande ville multiplient les causes d'aggravation, tandis que dans l'autre, la catégorie des tuberculeuses enceintes, il y a un élément constant, la puerpéralité, que les chiffres tout simples des statistiques ne suffisent pas à faire considérer, comme sans effet.

Si réunissant les 599 tuberculeuses qui figurent dans les deux tableaux on se demande quelles ont pu être les causes d'aggravation, on trouvera 203 fois la grossesse et 396 fois l'ensemble des autres causes. Cette comparaison n'interdit pas de penser que la puerpéralité pourrait être la cause d'aggravation la plus fréquente.

Précisément, L. Bernard et Denoyelle, dans une étude sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, ont observé 71 femmes ayant eu des grossesses et ont noté dans 32 cas l'influence défavorable. Plus rare chez les malades sans antécédents personnel ou familial de tuberculose (4 cas sur 61) où la grossesse vient en dernier lieu parmi les causes favorisantes, cette influence est évidente chez les malades à antécédents (8 sur 37) où la grossesse vient en second lieu parmi les causes favorisantes.

En 1925, reprenant et complétant des statistiques antérieures (1921, 1922, 1923), Léon Bernard en concluait :

1) Que la grossesse se retrouve dans les antécédents des tuberculeuses dans une proportion qui varie de 18 à 24 %.

2) Qu'en général, l'accouchement fait éclore la tuberculose chez des femmes bien portantes, les tuberculoses déjà existantes étant plutôt influencées par la gestation.

Examinant dans quelles proportions la grossesse et l'accouchement ont été déterminants ou sont demeurés sans influence, Léon Bernard trouve un *pourcentage égal dans les deux cas*, « Conclusion importante, ajoute-t-il, au point de vue pratique ». Et en effet, une telle égalité de chances, pour réduire le rôle de la puerpéralité dans l'éclosion ou l'évolution de la tuberculose pulmonaire, ne laisse pas d'obliger à le considérer comme important. Si en effet on admet la spécificité du terrain gravidique à la tuberculose, invoquée déjà par Bar et confirmé expérimentalement par Nobécourt et Paraf, il reste que dans 50 % des cas la puerpéralité détermine une évolution fâcheuse, ayant ainsi une influence inconstante mais réelle.

A la statistique de Forssner, Rist, au même Congrès de Lausanne, en opposait une plus pessimiste.

Dans la catégorie des tuberculoses préexistant à la grossesse, contre les 48 % d'améliorées ou stationnaires de la première, celle-ci n'en indique que 26 %. Même proportion inverse pour les aggravations (24 % et 44 %).

Dans la catégorie des tuberculoses consécutives à la grossesse il y a 68 % de mauvais résultats. « Mon sentiment, ajoute l'auteur, est qu'une tuberculose même peu active est toujours aggravée par une grossesse intercurrente ; cette aggravation peut être passagère et curable ; mais il est rare qu'on ne l'observe pas ; les tuberculoses vraiment guéries paraissent conférer une immunité solide ».

Pour ce qui est des cas où la gestation est antérieure à la tuberculose, « cette tuberculose est, dans la majorité des cas, sévère, étendue et d'évolution rapide ».

On voit donc, en résumé, qu'à une statistique optimiste, mais présentant des catégories de malades certainement peu homogènes et imprécises quant à la responsabilité même de la puerpéralité, on oppose une statistique de signification absolument inverse. Des résultats aussi contradictoires que ceux que fournissent respectivement les statistiques de Forssner et de Rist ne peuvent s'expliquer, suivant l'expression de ce dernier « que par des critères de gravité différents », par un choix différent des malades. Les chiffres d'une statistique ne peuvent se passer d'un commentaire qui en fixe le vrai sens, et en corrige l'excessive rigueur. C'est une première justification du soin que nous avons pris, comme on le verra plus loin, de distribuer nos malades en catégories bien individualisées cliniquement, au lieu de nous en tenir au terme trop compréhensif de « tuberculose pulmonaire évolutive ».

La troisième des statistiques que nous avons prises comme exemples, celle de Léon Bernard, conclut à l'égalité des chances pour et contre l'influence néfaste de la puerpéralité. Est-il possible de découvrir dans l'histoire clinique de la malade, dans son passé, dans les circonstances qui ont précédé ou accompagné la puerpéralité, la raison de ces chances différentes? La malfaisance ou l'innocuité de la puerpéralité s'expliquent-elles seules ou quelque autre cause ne vient-elle pas en déclancher ou en renforcer l'action? Cette recherche nous conduira à introduire dans les premières catégories de malades des discriminations nouvelles dont nous verrons les résultats.

La question que posent les rapports de la puerpéralité et de la tuberculose est double :

1) La puerpéralité est-elle capable de réveiller la tuberculose?

2) Quelle est la gravité des tubercules apparues ou évoluant dans ces conditions?

Voyons comment la statistique peut répondre à ces deux questions. Beaucoup de statistiques les mêlent, par exemple, celle de Forssner qui se contente de comparer deux groupes de tuberculeuses, et en conclut indûment selon nous, à l'innocence de la puerpéralité.

Il ne suffit pas, non plus, de prendre un groupe de tuberculeuses enceintes ou accouchées et de chercher dans combien de cas il s'en sera suivi une ag-

gravation de la tuberculose pulmonaire. Avant d'apprécier la gravité de la tuberculose post-puerpérale, une statistique doit, avec ses moyens propres, en établir la réalité et en mesurer la fréquence.

Les principes sur lesquels doit nécessairement se fonder une telle recherche ont été établis dès 1922 par notre maître le Professeur Sargent dans sa communication à l'Académie de Médecine.

Ces principes sont les suivants :

1° Prendre l'ensemble des fiches des tuberculeuses avérées examinées pendant une année (ou plusieurs années).

2° Retenir celles des femmes de 18 à 40 ans (en moyenne), période pendant laquelle la grossesse est possible, qu'il s'agisse ou non de femmes mariées, la grossesse restant possible dans les deux cas.

3° Compter combien de fois la grossesse et l'accouchement se trouvent dans les antécédents récents de ces tuberculeuses, *dans un délai de dix mois au plus.*

Ce dernier point est extrêmement important. Ce serait en effet restreindre singulièrement l'action de la puerpéralité que de la limiter aux cas où l'évolution de la tuberculose devient manifeste pendant la grossesse ou immédiatement après l'accouchement. A côté des formes à début précoce et bruyant, à tendance rapidement évolutive, des formes ulcéro-caséuses à marche rapide avec laryngite ulcéreuse

qui ont surtout attiré l'attention, on voit, en particulier chez les primipares de moins de trente ans, la tuberculose évoluer sournoisement pendant quelques mois, depuis l'accouchement jusqu'à la première poussée caractéristique ; il faut tenir compte de ce délai et très souvent nous sommes consultés pour de semblables états, six mois, un an, et même davantage, après une grossesse et une enquête minutieuse nous permet d'affirmer le lien de causalité qui existe entre la tuberculose actuellement constatable et la grossesse passée. Un délai de dix mois peut donc être choisi en pratique comme le délai extrême.

La fréquence de ces cas a été extrêmement méconnue en raison même des masques divers derrière lesquels se cache une tuberculose pulmonaire débutante : fatigue, anémie attribuée aux suites de l'accouchement, bronchites tenaces, troubles dyspeptiques, tous symptômes propres cependant à marquer la transition.

« Mais ces cas, ajoutait M. Sergent, s'ils sont les plus nombreux peut-être sont aussi les moins graves ». Ce serait donc fausser doublement la statistique que de les omettre : le danger de la puerpéralité apparaîtrait plus rare, mais aussi plus redoutable ; tandis que nous pensons qu'il est fréquent, mais que son importance varie beaucoup suivant les cas individuels.

Cette statistique portait sur 89 malades examinées pendant une année, et ainsi choisies ; 23

avaient un accouchement dans leurs antécédents, soit 25,85 pour cent, c'est-à-dire un peu plus d'un quart des cas. La grossesse apparaissait comme la cause occasionnelle de beaucoup la plus fréquente.

La même méthode nous guidera dans l'établissement de notre propre statistique.

Ce n'est qu'ensuite, et la responsabilité de la grossesse étant bien établie; que l'on peut aborder la seconde partie du problème et se demander dans quelle mesure une cause si fréquente d'évolution de la tuberculose influe sur sa gravité, quels sont les cas bénins, quels sont les cas graves et en tirer des conclusions quant au pronostic.

CHAPITRE II

I. - Influence de la Grossesse sur le Développement de la Tuberculose

Notre intention étant de nous limiter aux preuves cliniques, il y a peu à dire sur ce sujet après les conclusions qui nous ont paru résulter des statistiques précédentes.

La grossesse, disait Léon Bernard, se retrouve dans les antécédents des tuberculeuses dans 18 à 24 % des cas. Elle peut, au dire du même auteur, être mise au deuxième rang des causes favorisantes chez les femmes ayant des antécédents de tuberculose. La proportion dans nos observations est seulement de 15 %. Mais si, dans ces 478 observations, nous considérons les 169 ayant eu des grossesses, nous en trouvons 57 chez qui la tuberculose peut reconnaître comme cause *immédiate* l'un quelconque des actes de la puerpéralité, c'est-à-dire 34,3 %.

En fait de preuves cliniques de cette influence, on ne peut invoquer, mais à bon droit, que la brièveté du délai qui précède l'apparition des premières manifestations de la tuberculose pulmonaire évolutive. Quand ce délai est assez prolongé (et nous ne l'avons pas étendu, à l'exemple de notre maître, le Professeur Sergent, au delà de 10 mois), il est rare que nous n'ayons pas noté dans nos observations quelques prodromes, fatigue prolongée, amaigrissement régulier, toux légère, qui, en l'absence surtout d'un allaitement qui pourrait parfois les expliquer, marquent la transition d'une manière suffisante.

Au surplus, Sergent, qui reste l'un des partisans les plus déterminés de l'influence néfaste de la puerpéralité, et surtout de l'accouchement sur la tuberculose, insiste-t-il plus spécialement sur les éclosions rapides qui lui succèdent. Se limitant à ces cas dont on ne peut nier l'importance, il peut légitimement écrire : « C'est ainsi que j'ai relevé l'accouchement dans un passé de moins de dix mois chez 23 tuberculeuses sur 89, c'est-à-dire à peu près exactement dans le quart des cas de tuberculose évoluant à bas bruit, dont j'ai relevé les fiches durant un semestre. Aucune autre circonstance étiologique chez des femmes âgées de moins de quarante ans, mariées ou vivant comme si elles l'étaient, ne peut être relevée avec une fréquence aussi impressionnante ».

« Cette statistique ne se réfère qu'aux formes len-

tes de tuberculose post-gravidique. Elle s'oppose à celles des accoucheurs qui ne suivent les accouchées que pendant peu de temps et n'assistent guère qu'à l'éclosion brutale des tuberculoses du post-partum, dont l'issue véritablement dramatique laisse un souvenir ému à ceux qui en ont été les témoins désarmés ». On insiste sur ces évolutions à début *insidieux* qui prennent au bout de quelques mois l'allure aiguë qui semble caractériser les accidents liés à la puerpéralité. La relation est sans doute ici plus difficile à établir que dans des cas tels que ceux de Rist rapportés plus loin. Et c'est ici encore la fréquence des antécédents gravidiques, comparés aux autres circonstances étiologiques, que l'on peut à bon droit invoquer pour affirmer la relation de cause à effet.

D'ailleurs, en dehors des cas de tuberculose véritablement aiguë, la première manifestation franchement évolutive d'une tuberculose pulmonaire est bien souvent précédée de quelques signes discrets, mais assez caractéristiques. Qu'un foyer latent donne, après un accouchement, de légers signes d'une évolution qui se précipitera plus tard, c'est assez pour que cet accouchement en soit tenu pour responsable : il n'y a pas, à ce point de vue, de différence de nature entre « *l'apparition* » ou « *l'éclosion* » d'une tuberculose pulmonaire après la puerpéralité et les aggravations d'une tuberculose déjà existante, stationnaire ou en période de rémission.

Qu'il s'agisse de femmes réputées bien portantes avant leur grossesse ou de tuberculeuses avérées, portant des lésions actives, la grossesse apparaît bien en somme comme une de ces causes anergisantes qui ont pour effet de réveiller l'activité et la tendance évolutive des foyers latents. Si la tuberculose de l'adulte est vraiment le plus souvent d'origine endogène, et résulte de la réactivation de lésions laissées par la tuberculose de primo-infection, on ne voit pas à priori pourquoi la grossesse, avec la période de déséquilibre humoral qui en marque le début, ou l'accouchement qui laisse après lui un choc indéniable ne pourraient pas être rendus responsables des évolutions qui les suivent.

II. - Influence de la Puerpéralité sur la Tuberculose Avérée

A) En 1921, Rist a publié vingt-deux observations démonstratives. Quel qu'ait été le moment où la tuberculose est apparue ou s'est aggravée, la très grande majorité des malades a fait des formes graves et rapidement progressives. Particulièrement propres à surprendre l'influence de la grossesse, sont les cinq cas où la tuberculose était antérieure à la gestation :

Une malade chez qui l'on suivait depuis 1916 une tuberculose torpide du sommet droit devient enceinte en 1919. Jusqu'à cette date, l'observation est muette, vingt jours après la malade est revue sub-fébrile, « très fatiguée », présentant des signes radiologiques et stéthacoustiques d'envahissement du poumon gauche.

Une autre qui a guéri sans intervention d'une pleurésie interlobaire droite très probablement tuberculeuse devient enceinte un an après. Au cinquième mois de sa grossesse, elle présente une condensation de presque tout le poumon droit avec spé-

lonque et début d'envahissement du poumon gauche, et une température subfébrile.

Forssner lui-même cite deux observations de Lindhagén qui montrent assez clairement, dit-il, le rapport de cause à effet entre la puerpéralité et une évolution tuberculeuse : dans les deux cas, il s'agit de malades avancées, cavitaires. La première, malade depuis 5 ans, a un bon état général, peu de fièvre pendant les quatre derniers mois, mais a évolué lentement, avec quelques rémissions, depuis le début. Elle a assez bien supporté 3 grossesses. Mais, dès après le quatrième accouchement, d'ailleurs normal et survenu pendant une période de rémission de la maladie, l'évolution s'est précipitée et a abouti à la mort cinq mois et demi après l'accouchement. La deuxième malade qui a évolué constamment depuis 1916 devient enceinte en 1918. Elle succombe à la suite d'une aggravation rapide vingt-six jours après l'accouchement.

Forssner objecte à ces observations que l'on voit des tuberculoses suivre un cours analogue en dehors de la gestation. Dans la première de ces observations, sans doute, trois grossesses menées à bien laissent supposer que l'évolution terminale aurait pu être déterminée par une autre cause que la quatrième grossesse. Cependant, la rapidité de l'évolution, le court délai qui la sépare de l'accouchement, caractères qui se retrouvent dans la seconde observation sont une présomption en faveur d'une relation plus étroite qu'une simple coïncidence. Il en

est de même et plus nettement encore dans les deux observations résumées plus haut, d'après Rist : Une tuberculose torpide évoluant depuis longtemps sans incidents, une pleurésie interlobaire qui passe pour guérie donnent des signes d'évolution grave vingt jours après un accouchement, et au cours même d'une grossesse.

Cette action directe est manifeste dans quelques faits rapportés par Kuss au congrès de Lausanne et où cet auteur voit des arguments topiques en faveur d'une influence fâcheuse de la puerpéralité : Chez une même malade, deux premières grossesses s'accompagnent d'une évolution, la première bénigne, la deuxième grave ; on fait un P. A. Une troisième grossesse intercurrente fait naître un foyer dans le pöumon non collabé. Quatre autres cas d'évolution ont été arrêtés par un avortement thérapeutique ou spontané. Kuss ne manque pas de remarquer que ces cas peuvent être exceptionnels ; ils n'en sont pas moins démonstratifs si l'on recherche non pas combien de fois la puerpéralité peut aggraver la tuberculose, mais si elle est capable de l'aggraver. Il faut rapprocher de ces faits les bilatéralisations survenues au cours du P. A. sous l'influence d'un accouchement ou d'une grossesse. Rappelons les chiffres de Chabaud là-dessus : Alors que le pourcentage d'une telle complication est globalement de 26 % il monte à 30 % chez les femmes enceintes. La bilatéralisation est sous la dépendance de l'accouchement plus que de la grossesse. Elle le

suit surtout dans les huit mois. Elle est d'autant plus fréquente que le collapsus est plus récent, c'est-à-dire, à coup sûr, tandis que les lésions ont encore conservé leur activité. Autant de points trop particuliers pour n'être pas en rapport avec la puerpéralité qui précède de peu ces complications. Ils nous semblent fournir en faveur de la thèse de son action néfaste une présomption très forte.

B) Il est certain, cependant, et les chiffres nus des statistiques suffisent à le montrer, que la grossesse n'est pas, comme on l'a dit, une cause constante d'aggravation de la tuberculose pulmonaire.

Ici il importe de distinguer 2 ordres de faits :

1) Certaines tuberculeuses avérées présentant des signes locaux et généraux de tuberculose évolutive, voient leur tuberculose, non seulement rester stationnaire, mais s'améliorer pendant la grossesse.

Dumarest et Brette ont invoqué la suppression de la menstruation et par là des phénomènes réactionnels qui l'accompagnent quelquefois : petite élévation thermique, augmentation passagère des signes stéthacoustiques ou même hémoptysies et véritables poussées évolutives.

D'autre part, le repos auquel la grossesse contraint des malades souvent obligées de travailler, repos pour lequel on se montre plus exigeant en une telle conjoncture, le séjour dans un sanatorium prescrit à cette occasion sont aussi des raisons à considérer.

Mais en tout premier lieu, il faut rapporter le bénéfice de ces améliorations à la compression importante que l'utérus gravide, pendant les derniers mois de la grossesse, exerce sur le poumon.

Sergent a constaté à la radioscopie et à la radiographie qu'à la fin de la grossesse « le thorax dans son ensemble apparaît considérablement réduit d'étendue : un peu élargi à sa base, il est comme tassé en hauteur, le diaphragme, refoulé par l'utérus agrandi, s'arrondissant en un dôme très élevé qui s'enfonce dans la cage thoracique ». Cette compression n'est assurément pas comparable à celle d'un pneumothorax complet et total ; mais elle est au moins aussi importante que le collapsus dont il faut bien se contenter dans un grand nombre de pneumothorax qui n'en sont pas moins favorables, ou à la suite d'une phrénicectomie.

Signorelli, Parisot et Simonin, Rolland surtout, qui ont étudié le mode d'action du pneumothorax, ce dernier à l'aide de 12 autopsies, ont montré qu'il s'agirait moins de compression des parties malades que d'un ralentissement de la circulation, favorable à la formation du tissu fibreux ; cette conséquence peut résulter d'une compression partielle telle que celle que crée l'ascension de l'utérus gravide ; d'où l'amélioration qui marque la grossesse à son début et souvent pendant toute sa durée. Mais cette compression est trop passagère pour être réellement et définitivement efficace ; d'où les évolutions qui suivent la décompression rapide d'un poumon jusque

là mis au repos, jointe d'ailleurs aux conditions défavorables qui créent le choc de l'accouchement.

Ces améliorations ne sont en définitive que passagères. Le danger est seulement dissimulé, et l'évolution n'en est pas moins redoutable pour être retardée. Loin d'être opportune, la grossesse a été en réalité néfaste, par la fausse sécurité qu'elle donne et par l'effet funeste de l'accouchement qui la termine.

2) Une autre catégorie de tuberculeuses traverse toute la période puerpérale sans danger ; celle des malades dont Dumarest et Brette ont rapporté les observations et qui furent l'origine de la discussion de l'Académie en 1922. Dans ce groupe rentrent deux catégories de malades bien différentes :

1) *Les fausses tuberculeuses* : le nombre en a été très grand, en un temps où la nécessité de la concordance entre tous les signes que peuvent fournir la clinique, la radiologie, le laboratoire, et aussi l'observation prolongée des malades, n'était pas aussi respectée qu'aujourd'hui dans l'affirmation du diagnostic de tuberculose ; les rhino-bronchites chroniques, les hémoptysies non tuberculeuses, certaines dyspepsies, les syndromes d'insuffisance respiratoire, les pseudo-tuberculoses basedowiennes, les états d'hyperthyroïdie fruste, certains états septicémiques, les dilatations des bronches, tous états pathologiques sur lesquels plusieurs auteurs et entre tous Sergent ont insisté, peuvent, en

créant une fausse présomption de tuberculose, laisser croire que la grossesse est moins à redouter qu'elle ne l'est en fait. Il serait inutile d'insister sur ce sujet aujourd'hui que la présence assurée du B. K. dans les expectorations ou les selles est l'élément le plus important du diagnostic si la question des tubercules fermés n'avait été soulevée ; il paraît bien certain que le diagnostic de tuberculose pulmonaire puisse être posé, comme l'a montré Sergent en présence d'un faisceau de symptômes auquel manque toutefois la présence du B. K. Diagnostic de présomption et d'attente, mais qui n'autorise pas, si une grossesse intercurrente est bien supportée, à mettre ces cas au bénéfice de l'innocuité de la puerpéralité. D'ailleurs aucune statistique récente ne contient de tels cas, la présence du bacille étant un élément indispensable de la sélection, et il suffisait ici de les signaler.

2) *Les malades atteintes de lésions encore actives* capables de donner lieu à une expectoration bacillifère intermittente, mais qui sont en quelque sorte « adaptées » à leur maladie et jouissent d'une immunité relative : ce sont des fibreuses telles que celles dont Dumarest et Brette ont rapporté les observations en 1922. A cette catégorie de malades, Sergent a réservé le nom de tuberculoses actives et non évolutives. Ce sont des fibreuses qui peuvent traverser sans encombre la période puerpérale « ce sont elles, dit Sergent, qui fournissent la matière des

statistiques invoquées pour montrer qu'une tuberculeuse même cavitaire peut supporter sans accroc une ou plusieurs grossesses ». Mais chez de telles malades ce n'est qu'une chance, si grande soit-elle, et le danger commence à augmenter. Il convient, d'ailleurs, de remarquer que parmi les malades de Dumarest et Brette, 7 chez lesquelles les auteurs notent plusieurs améliorations ont, outre la tendance fibreuse de leurs lésions, bénéficié d'un séjour plus ou moins prolongé au sanatorium.

C) Restent les malades atteintes de tuberculose évolutive, c'est-à-dire non pas seulement en évolution actuelle, mais dont les lésions ont récemment présenté des signes d'évolution. Pour Forssner, nous l'avons vu, dans cette catégorie, il n'y aurait que 12 % d'aggravation de plus que chez les tuberculeuses non enceintes. Mais nous avons fait des réserves sur l'homogénéité de ce groupe, tel que le présentait une simple statistique où rien ne fait sentir les cas individuels. Pour Léon Bernard la relation est certaine mais inconstante.

Pour d'autres auteurs, l'aggravation serait constante et fatale. C'est dans cette catégorie qu'il faut avec le plus de soin distinguer entre les cas individuels, apprécier les conditions dans lesquelles cette aggravation s'est produite, ou celles qui peuvent expliquer l'issue favorable de la puerpéralité.

Disons tout de suite que dans cette catégorie, si l'on a soin de n'y faire entrer que des malades vrai-

ment évolutives et non celles qui ont fait l'objet du paragraphe précédent, non seulement la puerpéralité déclanche presque fatalement une évolution, mais que cette évolution est toujours redoutable. Les chiffres de notre statistique viendront, nous l'espérons, le prouver.

CHAPITRE IV

CHAPITRE III

Nous avons suivi, pour établir notre statistique, les principes généraux sur lesquels Sergent a insisté en 1922 et que nous avons rappelés au premier chapitre de cette étude : Prendre toutes les observations de tuberculeuses examinées pendant un temps donné, âgées de 18 à 40 ans, ayant des antécédents puerpéraux remontant au maximum à 10 mois.

478 observations portant sur une période de 15 ans nous ont fourni 94 cas d'éclosion ou de réveil de tuberculose pulmonaire imputable à la puerpéralité soit à peu près 20 % des cas. Cette proportion est inférieure à celle que donnait dans sa statistique le professeur Sergent (25,85 %). Comme nous le redirons tout à l'heure, à propos de la proportion relative des formes à début aigu et à début insidieux, cette différence peut s'expliquer par le mode de recrutement des malades de sanatorium. Le plus souvent ces malades sont vus plus ou moins longtemps après le début apparent de leur maladie, ce qui prive notre statistique des cas où l'issue a été rapidement fatale.

D'autre part, dans le total de nos observations

169 malades ont eu des grossesses ; chez 57, l'un des actes de la puerpéralité a été la cause immédiate de la tuberculose, c'est-à-dire dans 34,3 % des cas.

Il est bien entendu que nous n'avons retenu que les cas où la puerpéralité pouvait être mise directement en cause. De même, tous ces cas ont reçu une confirmation bactériologique, hormis, cependant, les pleurésies séro fibrineuses aiguës, qui d'ailleurs ont toujours été suivies, à plus ou moins bref délai, d'une atteinte parenchymateuse avec bacilloscopie positive.

Au lieu de considérer l'ensemble de nos observations, et d'en tirer une statistique comparable à celle de Forssner par exemple, il nous a semblé plus utile et plus propre à notre dessein de noter pour chaque malade chacun des éléments qui a pu, en dehors de la grossesse, donner à chaque cas sa physiologie individuelle, et influencer sur la marche et l'issue de la maladie.

Nous avons donc noté pour chacune de nos malades :

1° *Les antécédents personnels.*

a) A l'exemple de L. Bernard, dans son étude sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, nous avons recherché, dans la mesure du possible, quelle avait pu être l'importance de la primo-infection pour chaque malade. On peut la considérer comme « certaine et vraisemblablement riche » chez les malades qui ont présenté « personnelle-

ment un ou plusieurs épisodes pathologiques de nature tuberculeuse », et aussi « chez ceux qui ont vécu pendant une période déterminée de leur enfance au contact de tuberculeux avérés, et chez qui on est en droit de supposer que ce contact a été « efficient ». Nous n'avons retenu que les cas, beaucoup plus certains, où la contagion s'est faite dans le milieu familial. Il faut aussi reconnaître cette primo-infection à ses conséquences plus éloignées, aux « manifestations pathologiques suspectes, bronchites, adénopathies, pleurésies, ou manifestement osseuses ».

b) Nous avons noté également ce qui, dans la vie de la malade, antérieurement à la grossesse, mais assez près d'elle, a pu favoriser l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, ou l'aggravation de lésions déjà existantes, et qui ne doit pas être négligé pour le pronostic. Il semble évident, à priori, qu'une femme surmenée, affaiblie par une maladie débilitante, ou vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, est plus prête qu'une autre à mal supporter la dépense d'une grossesse ou d'un allaitement, et le choc d'un accouchement. Il faudra donc retenir dans chaque cas le surmenage, la profession insalubre, les maladies débilitantes, les mauvaises conditions hygiéniques.

2° *Les antécédents héréditaires*, c'est-à-dire avant tout les ascendants tuberculeux, méritent d'être signalés, quelle que soit l'idée que l'on se fait de leur

mode d'action sur la tuberculose des descendants ; il y a là au moins des chances de contagion familiale riche et une prédisposition probable à courir plus de risques au cours d'actes physiologiques comme la grossesse, l'accouchement, l'allaitement.

Certaines maladies des ascendants peuvent de même avoir une certaine influence sur le tempérament et sur la résistance des futures tuberculeuses. Il est difficile de dire s'il y a là plus qu'une simple coïncidence (la fréquence relative des lésions cardiaques par exemple chez les ascendants de tuberculeux qui est notée dans les observations du sanatorium) ; il en résulte cependant un certain tempérament héréditaire dont l'existence est à signaler.

Les renseignements pris sur les ascendants pendant deux générations donnent aussi un résultat remarquable, dans la recherche des causes favorisantes de la tuberculose pulmonaire, et sur lequel nous avons très souvent entendu le Docteur Dieudonné (de Cambo) insister tout particulièrement : l'examen des observations recueillies au sanatorium pendant quinze ans montre qu'au bout de trois générations de citadins on trouve très fréquemment un tuberculeux. La proportion des antécédents campagnards est loin d'être aussi grande. Le hasard a voulu que les malades à ascendants campagnards fussent, dans le nombre limité d'observations qui nous intéresse, beaucoup plus nombreux. Il faudra noter cependant si cet élément n'a pas son importance dans le pronostic.

Une telle enquête, d'ailleurs, permet de remarquer les cas où la tuberculose puerpérale est apparue, ou s'est montrée grave chez les transplantés.

On aura dégagé ainsi quelques-uns des éléments qui constituent le terrain, au moins dans son expression clinique. Il faut y joindre un élément plus difficile à définir, personnel à chaque malade et qui n'est pas forcément de même « signe » que le terrain : C'est le *tempérament*, terme plus compréhensif que celui de terrain et qu'il faut prendre dans son acception courante :

Telle malade, par exemple, qui a été vraisemblablement contagionnée par des ascendants tuberculeux et a pu même présenter des manifestations suspectes pendant l'enfance et la première adolescence, peut cependant être de tempérament robuste et avoir mené jusqu'à sa grossesse une vie normale et parfois active. A l'inverse, ne faut-il pas tenir compte chez des malades indemnes de tout passé familial ou personnel, d'un certain aspect chétif, facile à différencier de l'apparence due à la maladie actuelle, d'ailleurs si souvent trompeuse ? C'est sous ce terme que l'on peut exprimer l'existence ou l'absence de causes d'action encore mal définies, telles que les insuffisances glandulaires qui n'en jouent pas moins un rôle.

Tout cet ensemble de conditions héréditaires et personnelles entre pour sa part (l'autre étant réservé au microbe) dans la pathogénie de la tuberculose.

Sergent a particulièrement insisté là-dessus : « l'un et l'autre se combinent, écrit-il, et nuancent le mode évolutif de la maladie ».

Il semble donc légitime de chercher dans les diverses modalités de terrain la raison d'évolutions différentes, malgré une même cause apparente : la grossesse. On verra ainsi qu'il y a véritablement des *cas d'espèce*, et qui justifient tel ou tel pronostic, et non un pronostic globalement optimiste ou pessimiste.

3° En ce qui concerne surtout les femmes tuberculeuses devenues enceintes, il est bien évident que les conditions d'existence dans lesquelles elles poursuivent leur grossesse sont pour l'avenir de leur maladie de première importance : Une malade soignée depuis longtemps, en sanatorium, suivant une discipline stricte, ou protégée dans une certaine mesure par un pneumothorax antérieur aura plus de chance d'échapper aux conséquences de la maternité, pour si graves qu'on les tienne. Nous verrons si nos observations confirment ce point.

Il faudra aussi préciser à quel acte de la puerpéralité la poussée aura succédé pour savoir quel est celui qui est le plus à redouter.

Il sera ainsi possible de se rendre compte quand la grossesse paraît agir seule, et quand elle n'agit qu'à la faveur de conditions particulières. Ceci n'est pas pour diminuer son rôle et sous-estimer ses dangers ; mais, pour montrer que l'optimisme et le pessimisme en doctrine ne dispensent pas d'envisager les cas particuliers.

**A. - Tuberculoses consécutives à l'un des actes
de la période puerpérale.**

1°) Nous avons réuni 57 observations de cette catégorie, parmi lesquelles la tuberculose a débuté :

Pendant les 6 premiers mois de la grossesse ;

Pendant les derniers mois de la grossesse ;

Immédiatement après l'accouchement ;

Après l'accouchement, dans un délai de moins de 10 mois ;

Pendant l'allaitement ;

Après un avortement spontané.

2° *Mode de début aigu ou insidieux.*

Nous entendons par *début aigu* non seulement les formes aiguës proprement dites, mais aussi les épisodes aigus qui marquent le début apparent des formes chroniques : formes à début pneumonique si fréquentes, débuts à allure grippale, pleurésies aiguës-et cortico-pleurites. A ce genre de début convient le terme d'éclosions post-puerpérales qui en donne une image très exacte ; mais nous le rangeons dans cette catégorie, à condition que cet épisode aigu ait été suivi d'une assez longue période d'évolution régulière.

Par *début insidieux*, nous entendrons les formes où l'asthénie progressive, l'amaigrissement, une température subfébrile quelquefois, la toux, l'ex-

pectoration bacillifère ont éveillé l'attention et fait découvrir des foyers évolutifs.

A ce tableau clinique, succède, parfois après un temps plus ou moins long, un épisode évolutif aigu. En réalité, c'est à partir des premiers symptômes, à la condition qu'ils aient été assez caractéristiques, qu'il faut naturellement compter le début de l'évolution ; et quel que soit le temps qui s'écoule avant la poussée évolutive, de telles tuberculoses devront être réputées consécutives à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement. Il est logique, même sans la signature d'une expectoration bacillifère, de ne pas considérer comme banal cet état, dont une évolution subséquente vient révéler la nature.

Avant de donner le résultat du dépouillement de nos observations, disons un mot des dénominations qui nous ont servi à classer nos malades suivant la forme clinique de leur maladie. Nous n'avons pas la prétention d'inaugurer une nouvelle classification des formes de la tuberculose pulmonaire : nous avons cherché seulement à donner pour chaque catégorie de cas une *image* à la fois de la nature, de la tendance évolutive et de l'étendue, sans cependant nous écarter des termes reçus.

Nous nommerons donc :

Fibrocaséuse extensive, les variétés de la forme commune qui, très évolutives, suivent une marche rapidement extensive, ou occupent déjà une large part du territoire pulmonaire.

Fibrocaséreuse localisée évolutive, les variétés de la forme commune, limitées à un territoire équivalent à un lobe et ayant tendance à évoluer sur place.

Fibrocaséreuse localisée non évolutive. La même variété en période de rémission.

Infiltrations des lésions débutantes avant la période de désintégration et d'excavation, évolutives, ou ayant récemment évolué.

Les autres termes, assez précis par eux-mêmes, seront pris dans leur acception classique.

Nous trouvons :

Début aigu : 17.

Début insidieux : 39.

Non précisé : 1.

On voit que les débuts insidieux sont dans nos observations beaucoup plus nombreux. Ceci paraît être en contradiction avec ce qu'enseigne notre maître, le Professeur Sergent, sur la fréquence des formes aiguës ou rapidement évolutives. Mais la contradiction n'est qu'apparente. En effet, les malades qui sont envoyées dans un sanatorium n'arrivent le plus souvent que longtemps après le début apparent de leur tuberculose : ce sont celles qui ont résisté à leur premier épisode évolutif ; les autres sont mortes ou dans un état trop précaire pour être transportables.

Nous envisagerons séparément les cas à début aigu et les cas à début insidieux.

CAS A DÉBUT AIGU

1) Parmi ces 17 cas, 7 paraissent n'offrir aucune particularité en ce qui concerne les antécédents. Une seule malade a eu une fièvre typhoïde il y a dix ans, délai trop prolongé pour qu'on puisse établir une relation quelconque.

Dans 10 cas, au contraire, on peut relever des circonstances qui ont pu intervenir comme causes favorisantes :

Une péritonite tuberculeuse, des bronchites répétées tous les hivers, des douleurs de pleurite, une poussée évolutive légère d'ailleurs guérie en apparence, pendant une première grossesse, un grand surmenage avant la grossesse, trois grossesses en 2 ans 1/2, une grippe suspecte pendant la grossesse, etc....

Plus précisément, ces 10 cas se décomposent ainsi :

a) Contagion familiale dans l'enfance, primo-infection manifestement riche = 7.

Sans réinfection exogène à l'âge adulte, 4.

Avec réinfection, 3.

Avec surmenage ou maladie débilitante, 4.

b) Surmenage, mauvaises conditions hygiéniques sans antécédents pathologiques, 3.

On voit donc que si la puerpéralité a paru déterminante dans 10 cas où le terrain semblait préparé à laisser éclore une tuberculose pulmonaire, il reste

7 cas où elle seule doit être mise en cause, dont 4 sont apparus chez des femmes de tempérament robuste, ayant eu des grossesses et des accouchements normaux.

2) Le début est survenu :

Pendant les 6 premiers mois de la grossesse.....	3 fois
Pendant les 3 derniers mois.....	2 fois
Immédiatement après l'accouchement.....	2 fois
Dans un délai de moins de 10 mois.....	4 fois
Pendant l'allaitement.....	3 fois
Après un avortement.....	3 fois

Il faut remarquer, en outre, que dans deux cas où le début était contemporain de la grossesse sous forme d'une poussée bénigne vite calmée et d'une pleurésie aiguë, une rechute plus grave a suivi l'accouchement. Ce sont donc deux cas de plus où il a été déterminant.

L'accouchement paraît donc ici avoir été le plus dangereux des trois actes de la période puerpérale.

3) En ce qui concerne la forme clinique de la maladie, il faut écarter deux malades dont l'accouchement remonte à plus de 10 ans et qui sont actuellement des fibreuses en poussée évolutive ; une autre dont l'accouchement remonte à trois ans, qui après une pleurésie avec participation de parenchyme ne présente aujourd'hui que des signes peu importants.

Parmi les 14 autres nous trouvons :

2 infiltrations lobaires légères stabilisées.

1 cortico-pleurite étendue.

10 ulcéro-caséuses limitées ou extensives, à tendance franchement évolutive, datant de 6 mois au moins et de 2 ans au plus.

Chez trois seulement de ces dernières, on trouve une cause favorisante quelconque. Les 7 autres n'ont ni antécédents familiaux ni antécédents personnels.

4) Les résultats globaux donnent :

Décédées..... 3

Aggravées..... 3

Stationnaires.. 4

Améliorées..... 6, dont 2 avec pronostic réservé.

Toutes les décédées et aggravées appartiennent à la catégorie des ulcéro-caséuses franchement évolutives. 3 améliorées ont un pneumothorax artificiel, et encore le pronostic pour l'une d'elles est-il très réservé du fait d'une bilatéralisation secondaire.

De cas si disparates, quand on les examine dans leurs détails, et malgré leur petit nombre, que peut-on dire?

1) *Que les formes à début aigu peuvent atteindre aussi bien des femmes robustes, indemnes de tout antécédent familial ou personnel, chez qui la gros-*

sesse ne se surajoute à aucune autre cause de moindre résistance, après des grossesses et des accouchements normaux.

2) Que parmi celles qui survivent à ce début (comme sont celles que nous venons de voir) on trouve en majorité des lésions graves, étendues et évolutives dont le pronostic est mauvais.

CAS A DÉBUT INSIDIEUX

Ces cas sont au nombre de 39.

1) *Importance des antécédents*, — 19 sont sans antécédents familiaux ou personnels de nature tuberculeuse. Parmi elles on trouve, d'autre part, une lésion cardiaque et une entérite chronique datant de 4 ans.

5 accusent du surmenage, 1 est une créole récemment transplantée, soit :

13 sans aucun antécédent.

6 ayant dans leurs antécédents une cause favorisante quelconque.

a) Dans les 13 premières on trouve :

7 formes graves (ulcéro-caséuse extensive).

2 formes moins graves (lésions fibro-caséuses unilatérales localisées, évolutives).

2 infiltrations légères subévolutives.

2 fibreuses (2 et 3 ans après l'accouchement).

Qui ont donné comme résultat :

6 décès (ulcéro-caséuses extensives).

1 aggravation (ulcéro-caséuse extensive).

5 améliorations : une considérable chez une fibro-caséuse localisée évolutive, après un pneumothorax ; les quatre autres étant les deux fibreuses et les deux infiltrations légères.

1 stationnaire (fibro-caséuse localisée)

Soit : 9 formes sévères contre 4 favorables.

6 bons résultats contre 7 mauvais.

b) Dans les 6 autres :

1 fibreuse (c'est la malade atteinte d'une lésion mitrale).

2 ulcéro-caséuses extensives.

3 fibro-caséuses localisées évolutives.

Qui donnent :

2 décès (ulcéro-caséuses extensives).

2 guérisons (une fibro-caséuse traitée par le pneumothorax artificiel, et la fibreuse).

1 grande amélioration (fibro-caséuse localisée P. A.).

1 Amélioration précaire (ulcéro-caséuse extensive).

Soit : 5 formes sévères contre une bénigne.

3 mauvais résultats (en y faisant entrer l'amélioration précaire), contre trois bons.

Mettons à part la fibreuse guérie : c'est une mitrale dont la lésion cardiaque a favorisé la sclérose pulmonaire. Malgré un surmenage intense avant son mariage, et après jusqu'à la grossesse, elle n'a fait qu'une évolution très bénigne. Elle est un exemple frappant de la résistance des fibreuses à la grossesse.

Il reste que chez les 6 malades ayant une cause favorisante contemporaine de la grossesse ou suffisamment voisine, nous avons rencontré *dans tous les cas* des formes de pronostic sévère. La seule qui ait guéri a subi un pneumothorax qui a été arrêté au bout de deux ans par une symphyse progressive. Elle présentait à ce moment tous les signes d'une guérison apparente, qui se maintiennent encore trois ans après. Un autre pneumothorax a amené une grande amélioration qui dure depuis deux ans et autorise un bon pronostic. Les trois autres qui ont dû se contenter de la cure hygiéno-diététique sont décédées ou condamnées.

Malgré le petit nombre de ces cas, on ne peut qu'être frappé de leur gravité.

2) 20 malades ont des antécédents familiaux ou personnels de tuberculose. Nous y trouvons :

8 formes graves (ulcéro-caséuses extensives).

6 formes moins graves (fibro-caséuses localisées évolutives).

2 infiltrations légères.

1 fibreuse en poussée évolutive.

1 cortico-pleurite.

Soit : 14 formes sévères contre 4 favorables, qui donnent :

- 4 décès (trois ulcéro-caséuses extensives et une fibro-caséuse localisée).
- 3 aggravations (ulcéro-caséuses extensives).
- 3 stationnaires (ulcéro-caséuse extensive et 2 fibro-caséuses localisées).
- 7 améliorations (1 ulcéro-caséuse extensive, 3 fibro-caséuses localisées, une infiltration, la cortico-pleurite, la fibreuse en poussée évolutive).
- 1 guérison (infiltration localisée).
- 2 cas dont le résultat est inconnu, la malade ayant fait un séjour extrêmement bref.

Soit : 7 mauvais résultats contre 8 bons.

3 malades accusent, de plus, une cause favorisante :

1 fois du surmenage ; un rhumatisme chronique déformant apparu en même temps que la première grossesse (d'ailleurs suivi de 4 autres) ; des maladies multiples : fièvre typhoïde, méningite, congestion pulmonaire, diphtérie, grippe épidémique en 1918.

2 d'entre elles sont décédées ; la troisième améliorée légèrement par un P. A. mais assez souvent déprimée par des poussées aiguës de son rhumatisme ne saurait être rangée dans les cas favorables.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur ces deux catégories de malades, nous voyons que la puerpéralité a paru déterminer une

proportion sensiblement égale de formes graves chez les malades indemnes de tout antécédent tuberculeux et chez les autres (14 sur 19 contre 14 sur 20).

En revanche, il est remarquable que parmi les malades dont une cause favorisante a fait fléchir d'une façon prolongée la résistance, hors le cas d'une mitrale scléreuse, toutes les évolutions ont été graves (8 sur 9) et le pronostic mauvais (6 sur 9).

2) *Epoque du début.* — Le début s'est montré :

Pendant une grossesse de moins de 6 mois.. 5 fois

Pendant une grossesse de plus de 6 mois... 0 fois

Après l'accouchement, immédiatement..... 7 fois

Après l'accouchement, dans un délai de

moins de 10 mois..... 10 fois

Pendant l'allaitement 13 fois

Après un avortement spontané..... 4 fois

L'accouchement (sans allaitement consécutif) et l'allaitement en second lieu ont donc été les deux actes les plus dangereux de la période puerpérale ; et d'autant plus que parmi les 5 cas qui ont débuté pendant la grossesse, d'une manière insidieuse, trois fois une évolution plus nette s'est déclanchée après l'accouchement, ou après un avortement spontané suivi d'hémorragies abondantes.

Il est à remarquer que la grossesse et l'accouchement ont fait leurs victimes, de préférence parmi les malades à antécédents tuberculeux (11) ayant présenté une cause favorisante (4) = 15 au total, contre 7 absolument bien portantes.

L'allaitement, au contraire, inscrit à sa charge un nombre égal de malades de chaque catégorie (6 et 7), preuve évidente de son extrême danger en la matière. Sa durée a été très variable. Mais notons que deux de ces malades ont eu des allaitements particulièrement fatigants, l'une ayant allaité deux jumeaux, l'autre ayant eu deux nourrissons successifs pendant 26 mois.

3) *Formes cliniques.* — Ayant donné un tableau détaillé des formes cliniques, nous n'avons pas à y revenir. Nous voudrions seulement ici noter la fréquence des formes graves (26) en regard des formes favorables ou légères (13). Nous y reviendrons en donnant les résultats globaux. Rappelons aussi que si les malades sans antécédents sont autant que les autres sous la menace d'évolutions graves, celles que la grossesse trouve en état de moindre résistance y sont particulièrement exposées.

4) *Résultats.* — Les tableaux suivants donnent des résultats globaux. A n'en considérer que les totaux, on trouve une faible majorité de bons cas (21 contre 18), ce qui engagerait à l'optimisme, mais il faut remarquer :

a) Que les formes ulcéro-caséuses extensives sont de beaucoup les plus nombreuses et qu'avec les fibro-caséuses localisées évolutives elles forment à elles seules les $\frac{2}{3}$ des cas (26 sur 29).

b) Que parmi les ulcéro-caséuses extensives (16) 12 ont suivi une marche régulièrement fatale mal-

	GUÉRIES	AMÉLIO- RÉES	STATION- NAIRES	AGGRA- VÉES	DÉCÉ- DÉES	INCON- NUES	TOTAUX
Après 1 an.....		2	2		3	2	9
- 2 ans.....		4	3	2	4		13
- 3 ans.....		2	2	1	4		9
- 4 ans.....		2			1		3
- 5 ans.....				1			1
- 6 ans.....	1						1
- 10 ans et plus..	1	2					3
TOTAUX....	2	12	7	4	12	2	39
Ulcéro-caséuses ex- tensives.....		4		4	8		16
Fibro-caséuses loca- lisées évolutives ...	1	3	4		2		10
Ulcéro-caséuses loca- lisées, non évolutives		1					1
Fibro-caséuses infil- tration.....	1	2			2	1	6
Fibreuses en poussée évolutive.....		1					1
Fibreuses.....			2			1	3
Autres.....		1	1				2
TOTAUX....	2	12	7	4	12	2	39

gré le traitement, et que les 26 formes sévères donnent à elles seules 14 fois un pronostic fatal.

Il a paru intéressant de mettre les résultats en rapport avec l'âge (il va sans dire que ce n'est pas à l'âge où nous avons observé la maladie, mais celui où l'évolution s'est déclanchée) ; le tableau ci-dessous montre qu'au point de vue de la fréquence, c'est entre 20 et 25 ans que l'on trouve le maximum de tuberculoses post-puerpérales (26 sur 54) la fréquence diminue avec l'âge, mais, en revanche, la gravité augmente ; entre 20 et 25 ans 15 améliorées ou stationnaires, contre 10 décédées ou aggravées. De 25 à 30 ans, 10 bons cas contre 6 mauvais ; mais les stationnaires sont nombreuses, ce qui réduit en somme par hypothèse le nombre des cas à pronostic favorable. Entre 30 et 40 ans : 6 bons cas contre 4 mauvais.

	GUÉRIES	AMÉLIORÉES	STATIONNAIRES	AGGRAVÉES	DÉCÉDÉES	INCONNUES	TOTAUX
Avant 20 ans.....			1		1		2
De 20 à 25 ans	1	10	4	4	7	1	27
De 25 à 30 ans.....	1	5	4	1	5	2	18
De 30 à 40 ans.....		4	2	1	3		10
TOTAUX.....	2	19	11	6	16	3	57

C) Demandons nous enfin, avant de conclure cette première partie de nos observations, quelle peut avoir été, sur l'issue de la maladie l'influence du terrain, du tempérament général.

1) Parmi les formes les plus graves (ulcéro-caséuses extensives) une moitié de nos observations signale des antécédents tuberculeux (8 sur 16). Toutes ces dernières, sauf deux, sont aggravées ou décédées. Ces deux autres ont dû à un pneumothorax artificiel, poursuivi pendant au moins deux ans de pouvoir être rangées dans la catégorie des améliorées. Elles sont d'ailleurs de tempérament robuste, la primo-infection étant chez l'une supposée riche par la cohabitation prolongée avec un ascendant tuberculeux, mais sans détermination clinique ; et chez l'autre s'étant bornée à une adénite cervicale pendant l'enfance.

Celles qui sont indemnes d'antécédents tuberculeux donnent deux améliorations contre 6 aggravations ou décès. Les deux améliorées sont de tempérament très robuste, sans aucun antécédent. L'une d'elle s'est améliorée même par la seule cure hygiène-diététique, l'autre avec une rapidité extrême, après quelques insufflations de P. A., amélioration qui se maintient malgré de nombreuses imprudences, et une cure peu sérieuse.

Les 6 aggravées ou décédées se partagent également en tempéraments robustes et délicats. Leur cure a été sérieuse : au demeurant, *dans trois cas*

seulement sur douze, l'issue est en contradiction avec ce que les circonstances étrangères à la grossesse auraient pu faire attendre.

2) Pour les formes fibro-caséuses localisées évolutives la conclusion serait la même : les malades de tempérament robustes ont guéri plus aisément que les autres. Une seule est améliorée malgré un passé chargé et une constitution très délicate ; 4 dans le même cas sont stationnaires, et, quoique nous les ayons comptées dans les bons cas, ont un avenir incertain.

3) A l'inverse, il faut insister sur deux malades arrivées avec, respectivement, une infiltration sub-évolutive bilatérale, la seconde avec une infiltration lobaire unilatérale et quelques signes très discrets de l'autre côté, toutes deux d'ailleurs avec un pronostic favorable. La première sans antécédents, d'aucun ordre, mais toujours délicate, a évolué régulièrement pendant 1 an $1/2$ vers la terminaison fatale. La seconde, contagionnée sans doute dans sa famille, et dont l'adolescence a été jalonnée de plusieurs maladies débilitantes, après une période de stabilisation précaire, est décédée au bout de 2 ans et demi.

De cette première série d'observations se dégagent les conclusions suivantes :

1) Les formes à début aigu se montrent aussi fréquemment en dehors de toute condition favorable

au développement de la tuberculose, que lorsque le terrain paraît tout préparé. Elles sont remarquables par la gravité des lésions, et de pronostic extrêmement mauvais.

2) Les formes à début insidieux n'apparaissent pas dans des conditions différentes. L'allaitement et l'accouchement sont également coupables, le premier davantage chez les femmes en état de moindre résistance. La proportion des formes graves atteint les $\frac{2}{3}$. Les résultats bons et mauvais s'équilibrent à peu près, mais il a été exceptionnel que dans les derniers on ne trouve pas un élément qui s'ajoute à la grossesse : antécédents tuberculeux, résistance passagèrement diminuée, terrain défavorable, qui n'ait fait prévoir l'issue défavorable de la maladie.

B — Tuberculeuses devenues enceintes.

Nous avons recueilli 37 observations de ce genre .

Malades non aggravées par la puerpéralité : 12.

Malades aggravées par la puerpéralité : 25.

Avec résultat définitif mauvais : 16.

Avec résultat définitif bon : 9.

On pourrait donc dire, en gros, que 21 sur 37 de ces malades ont supporté victorieusement les conséquences de leur maternité. Parmi ces 21 résultats heureux cependant, 9, il ne faut pas l'oublier, ont été obtenus malgré une aggravation préalable, et

l'on peut dire d'avance qu'ils n'autorisent pas un trop grand optimisme. Ils pourront servir à montrer cependant, que les poussées évolutives postpuerpérales ne sont pas constamment fatales.

1) *Malades aggravés par la puerpéralité :*

Ces malades sont au nombre de 25. En disant aggravées, nous n'entendons pas préjuger du pronostic définitif : les cas à issue favorable ne sont pas absents de cette catégorie, comme nous le verrons, et ils ne sont pas tous cliniquement parmi les moins graves. Le tableau suivant donnera d'ailleurs le résultat obtenu au bout d'un certain temps de traitement, mis en parallèle avec le diagnostic avant la grossesse.

	GUÉRIES	AMÉLIORÉES	STATIONNAIRES	AGGRAVÉES	DÉCÉDÉES	INCONNUES	TOTAUX
Ulcéro-caséreuse extensive.....			1		3		4
Fibro-caséreuse localisée évolutive.		2	1	1	5	1	10
Infiltration.....			3	2			5
Pleurésies, corticopleurites.....		2		3	1		6
TOTAUX ...		4	5	6	9	1	25

Ce qui donne, en définitive, après l'aggravation causée par la puerpéralité, 9 cas favorables contre 16 mauvais.

Quelle a été l'importance de cette aggravation ?

1) *Les ulcéro-caséeuses extensives* ont naturellement subi une aggravation régulière.

Une est morte quelques jours après son accouchement.

La deuxième, devenue enceinte après un P. A. de 2 ans qui a été interrompu pour accidents nerveux au cours des insufflations, avorte et s'aggrave immédiatement.

La troisième, chez qui un P. A. a arrêté l'évolution d'une pneumonie caséeuse, devient enceinte après symphyse spontanée, étant en état de stabilisation précaire et évolue régulièrement vers l'issue fatale.

La quatrième, qui figure parmi les stationnaires dans le tableau précédent l'était en effet, grâce à un pneumothorax entrepris quelques mois après l'accouchement pour combattre une évolution très menaçante. Cette malade est morte d'ailleurs 1 an $\frac{1}{2}$ après l'installation du P. A.

2) Pour les *fibrocaséeuses localisées évolutives* : leur histoire peut se résumer dans le tableau suivant : la première colonne indique la durée du traitement suivi pour la première atteinte, la seconde le résultat, la troisième le diagnostic après la puerpéralité, la quatrième le résultat définitif.

	DURÉE du TRAITEMENT pour la 1 ^{re} Atteinte	RÉSULTAT	ÉTAT après LA PUERPÉRALITÉ	RÉSULTAT
Wi...	3 ans	Guérie ?	Ulcéro-caséeu- se évolutive cachectique.	Décédée
Doi...	2 ans	Améliorée fi- breuse avec qq. poussées évolutives.	Stationnaire.	Station- naire
Ron...	1 an	Améliorée, qq. poussées évolutives.	Fibro-caséeu- se localisée évolutive.	Amélio- rée P. A.
Lar...				
And...	2 ans P. A.	Améliorée P. A. symphysé	Reprise d'évo- lution.	Aggravée
Rob...	1 an	Améliorée.	Fibro-caséeu- se localisée sub-évoluti- ve, évolution précipitée par une im- prudence.	Décédée
Sonn.	Pendant 8 ans inter- mittent.	Améliorée, poussée évo- lutive cha- que année.	Ulcéro-caséeu- se extensive.	Décédée P. A.
Me...	1 an	Amélioration pendant la grossesse.	Aggravation après l'ac- couchement (5 mois).	Décédée P. A.
Wr...	2 ans	Stabilisation précajré.	Ulcéro-caséeu- se extensive, évolution ra- pide.	Décédée

Chez chacune de ces malades, donc, la puerpéralité a déterminé une aggravation, *sauf chez une* : c'est la fibreuse du tableau, qui est une fibreuse ancienne, présentant quelques rares poussées évolutives, qui se sont toujours produites, semble-t-il, en dehors des grossesses ? Nous l'avons observé à l'occasion d'une de ces poussées, qui s'est résolue après quelques mois de traitement, laissant uniquement après elle des signes assez importants de sclérose. Pour deux autres, dès que le pneumothorax ne les a plus protégées, la grossesse survenant, l'évolution s'est précipitée.

Un cas (And...) est apparu au début d'une grossesse, survenue après symphyse d'un P. A. poursuivi pendant 2 ans. La malade était d'ailleurs peu raisonnable et menait une vie assez agitée. Un avortement thérapeutique pratiqué après son départ du sanatorium n'a pas arrêté l'évolution.

Il s'agit aussi d'un avortement, pour la dernière de notre tableau (Wr), mais probablement non spontané et non médical, suivi d'hémorragies abondantes et de curettage, à partir de quoi l'évolution est devenue extrêmement rapide.

La seule de cette catégorie qui soit améliorée porte un P. A. partiel depuis un an, qui a arrêté une évolution menaçante pour l'avenir.

Dans tous ces cas, en somme, la grossesse est apparue dans des conditions défavorables, aucune, sauf la première (Wi...), n'étant stabilisée, ou après la cessation d'un collapsus pulmonaire satisfaisant jusque-là.

Une fibreuse seule a résisté : elle est atteinte depuis 13 ans et malgré quelques poussées évolutives locales a supporté aisément deux grossesses.

3) Le tableau suivant résume l'histoire des malades atteintes avant leur grossesse *d'infiltration* plus ou moins importante, mais ayant été nettement évolutives et ayant été découvertes à l'occasion d'une évolution.

	DURÉE du TRAITEMENT pour la 1 ^{re} atteinte	RÉSULTAT	ÉTAT après LA PUERPÉRALITÉ	RÉSULTAT
Abb . .	2 ans	Légèrement aggravée.	Fibro-caséeu- se à tendance fibreuse.	Amélio- rée.
Paul .	4 mois	Améliorée.	Fibreuse en poussée évo- lutive.	Amélio- rée puis station- naire.
Wand.	2	Améliorée.	Fibreuse en poussée évo- lutive.	Amélio- rée puis station- naire.
Ar....	2 ans	Améliorée..	Ulcéro caséeu- se extensive.	Aggravée
Cha...	3 ans	Stationnaire évolution discontinue	Ulcéro-caséeu- se extensive.	Aggravée

Pour les 3 premières, l'allaitement, l'accouchement, avec ou sans délai, ont été la cause directe d'une poussée évolutive, qui a évolué vers la résolution, laissant après elle des lésions de sclérose importantes, mais peu actives. La 5^e (Chap...) a été aggravée dès le début de la grossesse, la 4^e (Arr...) dès après l'accouchement, sans qu'une cure hygiéno-diététique ait pu y remédier.

4) Parmi le dernier groupe, nous trouvons quatre pleurésies aiguës dont une a bien guéri (Barb...) et dont les 3 autres ont eu une convalescence traînante (G..., Mar..., Ut...), la dernière aggravée certainement par une cure à la Bourboule. Les deux autres étaient atteintes de cortico-pleurite.

	DURÉE du TRAITEMENT après la 1 ^{re} Atteinte	RÉSULTAT	ÉTAT après LA PUERPÉRALITÉ	RÉSULTAT
Barb.	2 mois	Guérie	Ulc - cas. loc. évolutive	Aggravée
Marz.	1 an	Améliorée	Fibro-caséu- se évolutive.	P.A am, peu stab.
Ut ...	1 an env.	Légèrement aggravée	Lobite ulc.-cas. évolut. bilat- ralité légère	Aggravée
G ...	6 mois	Légèrement améliorée	Ulc.-cas. bilat évolutive	Décédée
Gél ..		Stationnaire	Fib. cas. suc- cessiv. bilat., très localisée.	Amélio- rée
Ron.	Quelques mois	Améliorée	Infilt. du som. dr. subévolut.	Amélio- rée

Il n'y a rien à dire sur les deux premiers groupes de malades, qui, gravement atteintes, ont manifestement dû à une grossesse intempestive une aggravation presque toujours fatale.

Les deux derniers groupes de malades sont à coup sûr les plus intéressants ; dans le dernier, on voit d'abord 3 malades ayant eu une première atteinte bénigne améliorée après un repos plus ou moins long, subir, du fait de la grossesse, une aggravation considérable (Ut...). Une troisième, très aggravée aussi, est momentanément améliorée par un P. A., mais sa température fait, après un an, et malgré un traitement consciencieux, quelques ondulations suspectes (Marz...). La dernière s'est légèrement aggravée, après deux ans de traitement malgré des signes cliniques peu importants. Une seule est améliorée, quoique assez sérieusement atteinte. Comment expliquer la disproportion entre la bénignité relative de la première atteinte et le mauvais succès de la grossesse ?

Pour 3 malades seulement, on peut invoquer une cause favorisante quelconque, primo-infection riche, surmenage avant la grossesse (Barb...), constitution chétive quoique sans antécédents (G...), antécédents personnels chargés : cystite tuberculeuse guérie depuis deux ans à peine, chorée dans l'enfance, contagion familiale riche (Ron). C'est précisément la malade qui s'est aggravée, bien que la grossesse ne soit responsable chez elle que de lésions

moyennes. Les trois autres sont sans aucun antécédent, et de tempérament robuste.

Quant à l'avant-dernier groupe, nous y trouvons d'abord, après la puerpéralité, trois fibreuses qui s'améliorent, et deux aggravations. De ces deux dernières, l'une est robuste, l'autre a eu une pleurésie 7 ans auparavant.

Des 3 premières, une a des antécédents personnels suspects (pleurite de la base) et a souffert pendant l'occupation allemande. L'autre s'est surmenée après son accouchement pendant une maladie mortelle de son enfant.

Réunissons ici les cas favorables en fonction de l'état des lésions après la puerpéralité : car si, dans ces 25 observations, l'aggravation a été constante après la puerpéralité, elle n'a pas été toujours fatale. Ce sont là des cas moyens, qui, sans témoigner contre l'influence fâcheuse de la maternité sur la tuberculose pulmonaire, permettent de la voir cependant sous un jour moins défavorable. Nous y trouvons :

3 fibreuses en poussée évolutive ;

1. fibro-caséuse localisée, à tendance fibreuse ;

2 fibro-caséuses très localisées, peu évolutives ;

2 fibro-caséuses localisées évolutives avec P. A. ;

1 ulcéro-caséuse extensive avec P. A.

Les trois dernières ont dû leur amélioration à un P. A. entrepris après la grossesse. Les autres n'avaient que des formes fibreuses ou localisées et peu évolutives, présentant déjà ce caractère avant la grossesse, et dont l'évolution coupée de longues périodes de rémission n'a jamais présenté aucun caractère de gravité. Toutes (sauf une) robustes, sans antécédents pathologiques d'aucune sorte, nées d'ascendants campagnards sans histoire.

II. - Malades non aggravés par la puerpéralité.

Ces malades sont au nombre de 12. Elles peuvent se classer ainsi :

1) Un P. A., entrepris pour une poussée aiguë, entretenu pendant 5 ans, suivi d'une cure sérieuse de 4 ans, après lesquelles la malade a deux grossesses à 4 ans de distance sans incidents.

2) Un P. A., entrepris pour une tuberculose fibro-caséuse localisée évolutive, immédiatement améliorée, encore entretenu à l'heure actuelle ; il y a un an et demi, grossesse, bien supportée. Albuminurie légère. Accouchement normal. Actuellement, le P. A. est continué dans des conditions normales ; état excellent.

3) 4 cortico-pleurites d'un sommet, soignées pendant 1 an en moyenne en sanatorium et parties très améliorées, ayant accouché un an plus tard sans incident.

4) Une fibro-caséuse localisée subévolutive soignée deux ans en sanatorium et partie très améliorée.

5) Une bronchite tuberculeuse avec emphysème datant de 4 ans, soignée par intermittence.

6) 3 fibro-caséuses stabilisées après 4 à 6 ans de traitement, et soignées à l'occasion d'une poussée évolutive survenue longtemps après une grossesse.

7) Enfin, une fibro-caséuse extensive, déjà mère de 3 enfants, qui a pu, après 2 ans de traitement hygiéno-diététique sérieux, supporter une grossesse et un accouchement suivis même d'une amélioration, mais s'est brusquement aggravée 5 ans après.

De la première malade, il n'y a rien à dire, sinon que la guérison confirmée permet, après un temps suffisant, plusieurs grossesses.

La seconde est un exemple des chances que confère, en cas de grossesse, un P. A. antérieur, mais ne doit pas faire perdre de vue la bilatéralisation possible dont plusieurs cas sont signalés par Chabaud.

Les 4 malades suivantes paraissent avoir tiré bénéfice autant d'un séjour prolongé dans un sanatorium, suivi d'une cure libre, que d'une atteinte relativement bénigne. Il nous suffit, en effet, de rappeler les deux cortico-pleurites (Gil. Ron.), aggravées par la grossesse, bien que l'issue de cette aggravation ait été favorable, pour ne pas attribuer

à la seule bénignité de l'atteinte l'excellence du résultat.

Il en est de même pour la malade du paragraphe 5. Elle a déjà figuré parmi les tuberculoses consécutives à la grossesse et avait quitté le sanatorium très améliorée.

Quand aux quatre dernières malades, on ne saurait trouver d'autres raisons au résultat favorable de leur grossesse, que le long temps qui s'est écoulé depuis leur première atteinte et la rigueur du traitement qu'elles ont suivi.

Mais ce qui reste encore remarquable chez ces 12 malades, c'est qu'aucune n'a de passé pathologique quelconque. Toutes sont de tempérament robuste, nées d'ascendants robustes, indemnes de contagion familiale, de toute maladie débilitante. Cette considération a son importance, si l'on remarque d'autre part que les formes légères sont capables de s'aggraver par la puerpéralité, et qu'il y a parmi ces 12 malades quatre formes sévères qui sans leur constitution robuste et un traitement approprié eussent bien pu compter dans les mauvais résultats.

Observations

TUBERCULOSES POST-PUERPÉRALES

G... Arlette, 27 ans, s. p. — Robuste, sans antécédents. Vie mondaine et désordonnée. Ascendants parisiens robustes. Une 1^{re} grossesse marquée dès son début par hém. non fébrile. Accouchement normal. Pas d'incidents. En 1923, 2^e gross. avec crachats hémopt. fréquents. Placenta prævia. Pendant l'année qui suit l'accouchement toux sèche ; température normale.

Ovariectomie et appendicectomie en 1924. Au milieu 1925, la malade crachant déjà depuis, 1 an, épisode qualifié grippe suivi de fébricule pendant 3 mois.

Décembre 1925 : infiltration du lobe supérieur droit non évolutive. Séjour de 4 mois. Malgré de nombreuses imprudences part stationnaire.

L. Suzanne, 36 ans, ménagère. — Père mort suite pleurésie. Autres ascendants bien portants, campagnards. Mari réformé pour tuberculose pulmonaire. Enfant mort de méningite à 10 mois. Début d'allure grippe, au 7^e mois de la grossesse (1919), quinze jours après l'accouchement hém. fébrile (allaitement) ; bien remise. Aucun incident jusqu'en 1927 malgré cures intermittentes. Janvier 1927, poussée évolutive, fièvre passagère ; expectoration d'emblée abondante.

Mai 1927 : Fibreuse bilatérale avec géode du lobe supérieur gauche. Bon état général.

Avril 28 : Améliorée. Janvier 1928 : Stationnaire.

G... Angèle, 34 ans, s. p. — Ascendants campagnards, robustes ; sans antécédents personnels. Pendant allaitement (mai 1926, 2^e grossesse), début brusque avec 39° ; en septembre 1926, forme ulcéro-caséuse unilatérale. 39° P. A. peu opérant, court abaissement de la température qui remonte bientôt. Part au bout de 8 mois, aggravée.

Ch... Edith, 18 ans, s. profession. — Ascendants campagnards, robustes. Père mort de tuberculose pulmonaire, un frère également ; scarlatine à 12 ans. Toujours délicate. Décembre 1923 : accouchement normal, allaitement pendant 1 mois, interrompu pour « bronchite aiguë ». Crache depuis ; en avril 1924, la température monte à 38.

Novembre 1924 : ulcéro-caséuse bilatérale, légère amélioration au début.

Mai 1926 : part aggravée.

Th... May, 24 ans, s. profession. — Ascendants campagnards, robustes ; sans antécédents personnels, 3 semaines après un accouchement, séjour au bord de la mer où se déclare une « pneumonie » mal soignée. 3 hémofébriles suivent. On fait le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséuse unilatérale ; P. A.

Décembre 22 : P. A. sans incidents pendant 7 mois avec résultat excellent, la malade quitte ensuite le sanatorium et dès lors se soigne très mal.

Décès 2 ans après.

G... Renée, 24 ans, s. p. — Ascendants parisiens et normands, robustes ; pas d'antécédents person-

nels. Après accouchement commence à maigrir lentement, 13 mois d'allaitement. Hémoptisie avec température 38 qui dure encore.

Janvier 1925 : infiltration étendue du p. dr. peu évolutive.

Décembre : 1925 : après 7 mois d'absence, lésions ulcéro-caséeuses extensives de la base. P. A. qui reste peu efficace. Février 26 : hémio importante. Fistule broncho-pleurale à grand fracas. Décès, mars 1926.

L... Blanche, 31 ans, s. p. — Ascendants citadins, robustes ; pleurésie pendant adolescence. 3 grossesses en 2 ans 1/2. 2 mois après le dernier accouchement poussée évolutive à début brusque. Amélioration assez rapide. Rechute 4 mois après. P. A. tenté sans succès.

Octobre 1926 : infiltration étendue du poumon droit avec fréquentes poussées congestives. Mai 1927 : stationnaires, mais pronostic mauvais.

Ch... Marguerite, 44 ans, sans profession. — Ascendants citadins, délicats. 2 frères morts méningite, en bas âge ; sans antécédents personnels mais délicate. 1913, pendant une grossesse, pleurésie aiguë, bien guérie (?). En 1917, poussée évolutive pulmonaire bénigne ; en 1918, hémio-fébrile, en novembre 1919, hémio, après séjour à la mer.

Octobre 1922 : Fibreuse avec géode du sommet droit. Température 38°, grosse réfraction de l'hémithorax gauche.

Malade perdue de vue rapidement, mais paraissant une fibreuse en poussée évolutive, avec pronostic favorable.

Cr... Paulette, 30 ans, sans profession. — Ascendants campagnards robuste. Mère morte de tuberculose aiguë.

Lithiase rénale actuellement guérie. Au début d'un allaitement, se surmène en soignant son mari : poussée évolutive à droite, d'une durée de 2 mois.

Avril 1927 : infiltration du lobe supérieur droit peu évolutive.

Juin 1927 : Légère amélioration. Septembre 27, très améliorée. Pas de bruits adentices.

C... Léontine, 25 ans, sans profession. — Ascendants robustes. Péritonite tuberculeuse il y a 5 ans ; auparavant bien portante. Accouchements en 26 et 27. Début 2 mois après le dernier, par congestion du sommet gauche ; 38° avec expectoration pendant 1 mois.

Août 1927 : Sclérose du sommet gauche. Pleurésie à droite. Température normale.

Octobre 1927 : Très améliorée.

C... Myriam, 29 ans, sans profession. — Ascendants robustes ; Tanger ; sans antécédents personnels. 1915 : grossesse normale. accouchement immédiatement suivi d'atteinte de l'état général qui reste précaire, sans incidents. Toux grasse, 6 mois après.

1920 : ulcéro-caséuse, légèrement bilatérale évolutive. Etat général médiocre.

1921 : partie aggravée. Pronostic fatal.

Ch... Jeanne, 33 ans, infirmière. — Ascendants robustes. Délicate, sans antécédents personnels. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire. Mari a été soigné pour tuberculose pulmonaire. — 1909 : accouchement sans incidents, suivi après 4 ou 5 mois, d'une évolution torpide qui reste ensuite silencieuse pendant 9 ans.

1918 : petites hém., quelques épisodes fébriles bénins.

1920 : fibro-caséuse subévolutive du sommet droit.

très localisée. Expectoration peu abondante. Amélioration rapide. Après un an de traitement prend un petit poste d'infirmière. 1922 : mal de Pott dorso-lombaire avec abcès. 1 an à Leysin ; revient guérie avec quelques signes d'infiltration discrète au sommet droit. 1928 : signes de sclérose au niveau de l'ancien foyer ; peut être considérée comme guérie.

C... Marguerite, 31 ans, sans profession. — Ascendants citadins bien portants, sans antécédents personnels. 1923 : accouchement avec délivrance artificielle, phlébite ; reste très déprimée. 1924 : épisode évolutif net avec hém. Amélioration l'hiver de 25-26, puis amaigrissement ; expectoration abondante. Hém. légère il y a 3 semaines.

Septembre 25 : infiltration légère lobe supérieur gauche, condensation sommet droit.

Février 1926 : part très améliorée.

C... A... Renée, 21 ans, sans profession. — Parents créoles, robustes ; délicate, sans antécédents personnels, habitant depuis peu Paris. Grossesse et accouchement il y a 1 an $\frac{1}{2}$ sans incident. 9 mois après, hém. fébrile. 2 mois après, autre hém. très abondante. 38° pendant 1 mois.

Janvier 1926 : lobite supérieure droite ulcéro-caséuse, sub-évolutive. Février : poussée évolutive avec hém. L'état local s'aggrave. Avril 1926 : grave hém., évolution rapide ; décès en quelques jours.

D... Louise, 23 ans, sans profession. — Ascendants robustes, campagnards ; sans antécédents personnels. Fille morte à 15 mois de méningite. Une autre assez bien portante. Mai 1925 : peu après le 2° accouchement, hém. fébrile, améliorée après 3 mois de sanatorium ; après pé-

riodé de fatigue, nouvelle hémo, puis troisième hémo après fatigues analogues.

Mai 1926 : ulcéro-caséuse extensive gauche. P. A. pendant 2 ans, avec résultat excellent, malgré d'assez nombreuses imprudences.

D... Marguerite, 22 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes ; délicate ; mauvaises conditions hygiéniques ; logement malsain. 1920 : pendant une grossesse, au 4^e mois, fatigue et points de côté. Accouchement normal, mais reste très déprimée. Peu après, la température monte légèrement. Janvier 22 : erachats hémoptoïques. Maigrir de 20 kilos.

Octobre 1922 : Ulcéro-caséuse bilatérale à prédominance gauche, évolutive. Après courte période d'accalmie, hémo avec 40°, la température devient rapidement hectique. Février 1923 : part très aggravée.

D... Isabelle, 27 ans, sans profession. — Père et mère morts de T. P. 3 frères morts jeunes. Pleurésie purulente à 15 ans. Abscess froid ancien de la paroi abdominale. Conditions hygiéniques défectueuses.

1923 : grossesse et accouchement sans incidents. 4 mois après, T. P. diagnostiquée dans un dispensaire. Continue cependant à travailler dans son ménage. Février 24 : est dite « guérie ». Juillet 24 : hémo, aggravation lente jusqu'en octobre 25. Température : 39°. Mise au repos, s'améliore légèrement.

Mars 26 : Ulcéro-caséuse bilatérale en pleine évolution. Aggravation régulière. Pronostic fatal.

D... Marie-Louise, 25 ans, institutrice. — Ascendants campagnards, robustes. Assez robuste, fièvre typhoïde à 11 ans. Déprimée depuis plusieurs années. En 1922, grossesse pénible. Albuminurie. Accouchement à 8 mois.

Allaitement 2 mois, qu'on conseille de cesser pour « douleurs thoraciques ». Très peu après, l'expectoration apparaît et dure depuis 1 an, sans fièvre.

Juillet 1924 : Ulcéro-caséuse extensive du pied droit. L'évolution se précipite. Décès 1 an 1/2 après.

D... Suzanne, 32 ans, secrétaire. — Ascendants citadins, robustes ; sans antécédents personnels. Robuste Surmenage. Avril 1925 : Grossesse et accouchement sans incidents. Cependant, pendant la grossesse, toux sèche. L'auscultation reste muette ; ainsi qu'après l'accouchement ; quelques semaines plus tard, transpirations et expectoration légère. Amaigrissement. Une radiographie montre des lésions assez importantes.

Novembre 1925 : Ulcéro-caséuse gauche avec spéléunique. Infiltration légère à droite. Etat général médiocre. Température normale. Après cure sérieuse d'un an $\frac{1}{2}$, la malade part très améliorée.

G... Yvonnè, 30 ans, sans profession. — Ascendants robustes, campagnards, mère morte jeune de tuberculose pulmonaire. Sans antécédents personnels, mais délicate. Il y a 14 mois, après grossesse normale, accouchement immédiat suivi de « bronchite tenace » avec fièvre légère, rapidement tombée. Expectoration depuis le début.

Novembre 1922 : Ulcéro-caséuse gauche. Infiltration légère à droite en période de rémission.

Avril 1923 : part nettement améliorée.

G... Andrée, 29 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes. Surmenée depuis son mariage, il y a 3 ans (employée de grand magasin), rétrécissement mitral.

En 1921 : fausse-couche de 5 mois. Pertes consécuti-

ves très abondantes. Continue à travailler pendant 4 ou 5 mois jusqu'à apparition de toux, avec expectoration légère.

Août 1923 : Sclérose du sommet droit. Novembre 1923 : stationnaire.

J... Germaine, 32 ans, sans profession. — Ascendants citadins, bien portants. Sans antécédents personnels. Robuste. Février 1918 : grossesse et accouchement normaux. Allaitement 5 mois ; en même temps que le retour des règles, hémo assez abondantes, subfébriles. La température s'installe à 38°-38°5. Repos à la campagne. Amélioration générale et locale. Retour à Paris au bout de 3 mois et aussitôt hémo fébrile.

Décembre 1918 : ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit ; condensation du sommet gauche ; subévolutive, état général mauvais. Avril 1919 : décès.

L... Marthe, 35 ans, couturière. — Ascendants campagnards, robustes ; père mort de tuberculose pulmonaire après 10 ans de maladie. Il y a cinq ans, fistule anale ; cystite. Août 25 : début de grossesse. La toux apparaît dès le 1^{er} mois. Avortement spontané à 4 mois. Une radioscopie faite peu après révèle lésions pulmonaires.

Mai 1926 : Ulcéro-caséuse de la base gauche, infiltration légère du sommet droit, subévolutive.

Septembre 1926 : Améliorée malgré brièveté du séjour. Pronostic très réservé.

L... Yvonne, 23 ans, sans profession. — Ascendants campagnards robustes ; 1 fille morte il y a 2 ans, de méningite ; sans antécédents personnels, robuste.

Août 1923 : Pendant les premiers mois de la grossesse, « bronchite traînante » ; accouchement en avril 1924 ; toux, expectoration et fièvre légère persistent, sans ag-

gravation apparente. Petites hém. fréquentes. Un P. A. tenté à Hauteville échoue.

Février 1926 : Ulcéro-caséeuse des 2/3 supérieurs du poumon droit ; poussées fébriles aux périodes menstruelles. Bon état général.

Mai 1926 : Stationnaire.

L... Marie, 23 ans, sans profession. — Ascendants robustes, Corses ; père mort de « bronchite chronique ». Sans antécédents personnels ; délicate.

Une première grossesse très normale. Juillet 1924, deuxième grossesse, dès le début « anémie » marquée. Avortement à 6 mois, la température monte immédiatement, 4 mois après, l'expectoration apparaît et ne cesse pas.

Janvier 1926 : Ulcéro-caséeuse bilatérale.

Juillet 1926 : Aggravation. Extension rapide des lésions. Pronostic fatal.

L... Marguerite, 23 ans, sans profession. — Ascendants campagnards et citadins, robustes ; sans antécédents personnels ; robuste. — Septembre 1921 : après 6 mois d'allaitement on diagnostique une congestion pulmonaire.

Juillet 1922 : Infiltration légère du lobe supérieur droit avec fébricule. Amélioration très rapide. Mai 1923 : part en excellent état : température normale. Pas d'expectoration.

Février 1927 : Grossesse et accouchement sans incidents.

M... Germaine, 28 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes. Appendicite à 12 ans, robuste. Accouchement en 1921, suivi de période de fatigue. Très peu après, séjour au bord de la mer : légère évolution de

tuberculose pulmonaire, va bien jusqu'en février 1925 où se montre une petite fièvre avec expectoration.

Mars 1925 : Fibreuse bilatérale assez limitée. Température légèrement dénivelée.

Juin 1925 : très améliorée.

M... Pauline, 27 ans, employée de gare. — Ascendants campagnards, robustes ; sans antécédents personnels, robuste. — En 1920, accouchement presque immédiatement suivi de toux avec expectoration, laryngite et fièvre progressivement ascendante jusqu'à 38. Continue à travailler jusqu'en 23.

Mai 1923 : Ulcéro-caséeuse avancée, laryngite. Juin 1923 : aggravée.

M... Marie, 28 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes. Sans antécédents personnels, robustes. En 1921 grossesse et accouchement normaux. Allaitement 10 mois, suivi de période de fatigue et amaigrissement progressif. Traîne jusqu'en février 1923, avec crachats hémoptoïques, suivis de période assez longue d'expectoration.

Mars 1923 : Fibreuse du poumon gauche à la fin d'une poussée évolutive.

Novembre 1923 : Très améliorée.

M... Marie-Thérèse, 26 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes ; entérite prolongée, scarlatine, typhoïde pendant l'adolescence. Janvier 1920, dans les premiers mois d'une grossesse, toux sans expectoration. Accouchement normal, suivi d'hémorragies abondantes. 2 mois après la fièvre apparaît et monte rapidement à 40, en même temps expectoration abondante.

Février 1921 : Ulcéro-caséeuse unilatérale ; mauvais

état général : P. A. avec bon résultat. Février 1922 : bilatéralisation. Part en avril 1922, aggravée.

S... Marguerite, 27 ans, sans profession. — Ascendants campagnards assez robustes. Père mort de tuberculose pulmonaire ; un grand-père également ; sans antécédents personnels ; délicate.

Septembre 1925 : grossesse et accouchement normaux ; nourrit 2 mois. Janvier 1926, après entérite rebelle et amaigrissement, une radioscopie montre un voile du sommet. En mai, reprise de l'entérite. La fièvre s'installe à 38°5.

Juillet 1926 : ulcéro-caséuse bilatérale, évolutive avec atteinte grave de l'état général. Décès en août 1926.

P... Marie, 28 ans, institutrice. — Ascendants campagnards, robustes. Mère seule délicate ; pas d'antécédents personnels. Juillet 1922, grossesse gémellaire. Accouchement normal : allaite tout en continuant travail pendant 4 mois. Interrompt d'elle-même, se sentant très déprimée. Février 1923, « grippe ». Une radiographie montre des lésions pulmonaires.

Mai 1924 : Fibreuse ayant fait récemment une poussée évolutive. Part très améliorée.

R... Odette, 26 ans, sans profession. — Ascendants citadins et campagnards, robustes. Père tuberculeux depuis la guerre. Fièvre typhoïde à 13 ans. Après hiver jalonné de « rhumes » récidivants, avortement de 2 mois. Quinze jours après l'expectoration apparaît. On conseille, au bout de peu de temps, un P. A. refusé à 2 reprises par la malade.

Janvier 1924 : infiltration subévolutive du 1/3 supérieur du poumon gauche.

Janvier 1925 : améliorée mais sujette encore à des poussées congestives.

V... *Henriette, 30 ans, sans profession.* — Ascendants campagnards, robustes. Appendicite non opérée. Constipée habituelle, migraineuse. Accouchement il y a 2 ans, depuis lequel amaigrissement régulier. Depuis un an fébricule ; depuis 6 mois, toux, expectoration abondante, 38°5.

Août 1922 : Ulcéro-caséeuse droite évolutive. P. A. jusqu'en mars 1924, symphyse spontanée. Avril 1927, quelques râles à la base. Excellent état.

W... *Jeanne, 33 ans, ménagère.* — Ascendants citadins, robustes. Mère décédée de tuberculose pulmonaire à 43 ans. Sans antécédents personnels, mais peu résistante. 1919, avortement spontané suivi de « congestion pulmonaire ». 1920, même épisode, accompagné d'une expectoration qui va en augmentant. La fièvre est entre 38° et 39° depuis 6 mois.

Avril 1921 : Ulcéro-caséeuse extensive du lobe supérieur droit, petite infiltration à gauche.

Décembre 1921 : Part aggravée.

V... *Henriette, 29 ans, lingère.* — Ascendants campagnards robustes. — Sans antécédents personnels ; transplantée à Paris, il y a 3 ans, où elle se surmène. 1909, avortement. Peu après commence à tousser et à maigrir ; a craché abondamment il y a 2 ans. Pas de fièvre.

Mars 1922 : Fibro-caséeuse bilatérale à tendance fibreuse.

Mars 1923 : Légèrement améliorée.

V... *Louise, 23 ans, ménagère.* — Grands-parents campagnards, robustes ; père et mère morts de tubercu-

lose pulmonaire. Pas d'antécédents personnels. Janvier, 1922 : accouchement normal. 5 mois après, hémobondante après courte période de toux ; une autre en octobre, suivie de fièvre à 38°5. Se repose chez elle, sans amélioration.

Février 1923 : Fibro-caséuse avec poussée congestive du lobe supérieur gauche.

Janvier 1924 : Aggravée.

F... Marguerite, 45 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes. Toujours délicate, grippe grave avec érythème noueux (?) — 1912, pendant un allaitement prolongé crachats hémoptoïques. 2 ans en Suisse, bien remise. 1922, poussée « grippale » avec expectoration bacillifère. Juin, 1924, hémobondante avec 38°5.

Juillet 1924 : Poussée évolutive récente chez une fibreuse instable. Infiltration étendue du poumon gauche. P. A. d'abord de résultat incertain, puis excellent qui se maintient encore 10 ans après.

B... Amélie, 27 ans, lingère. — Ascendants citadins, robustes. « Bronchite chronique » depuis 3 ans. Habite cependant Paris, puis Biarritz, sans incident net, mais toujours mal portante. Juin, 1919, enceinte de 7 mois $\frac{1}{2}$, il y a 2 mois amaigrissement, toux et expectoration. Pas de fièvre. Actuellement cortico-pleurite du sommet gauche.

Septembre 19 : accouchement sans incident. Part 6 mois après, en excellent état.

B... Jeanne, 23 ans, sans profession. — Ascendants campagnards et citadins, robustes. Mari tuberculeux ac-

tif. 1^{re} grossesse sans incident, enfant mort de méningite.

Décembre 1924 : pleurésie à défervescence traînante laissant quelques signes cortico-pleuraux disparus assez rapidement. Mars 1925 : accouchement normal sans suites remarquables. La malade a pu reprendre une occupation peu fatigante.

Mars 1927 et avril 1928 : très bon état.

B...orgette, 26 ans, sans profession. — Ascendants campagnards robustes ; assez robuste elle-même. Surmenage. Pleurésie séro-fibrineuse il y a 6 ans, avec convalescence traînante. 2 grossesses ; peu après la dernière, début apparent par laryngite. Peu après on commence un P. A. symphysé très rapidement.

Novembre 1926 : Ulcéro-caséuse extensive gauche. Laryngite infiltro-cédémateuse. Aggravation régulière.

B... Louise, 21 ans, lingère. — Ascendants campagnards, robustes. Sans antécédents personnels. En septembre 1923, P. A. entrepris pour lésion du poumon gauche, poursuivi avec excellent résultat. La malade se marie, devient enceinte, accouchement en septembre 1927, sans incident. Commence une autre grossesse en 1928, qui se poursuit sans incidents ; le P. A. est continué normalement.

A... Joséphine, 24 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a 3 mois. Sans antécédents personnels. Après une première grossesse et un allaitement prolongé (1923), infiltration du sommet droit qui semble assez rapidement améliorée. 1924, 2^e grossesse bien supportée ; mais après l'accouchement, poussée évolutive grave. Cependant, la malade reste au bord de la mer.

Novembre 1925 : Ulcéro-caséeuse bilatérale extensive avec atteinte grave de l'état général.

Février 1926 : Evolution régulièrement aggravante ; pronostic fatal.

Ch... Louise, 23 ans, sans profession. — Toujours délicate. Pleurésie il y a 8 ans. Grippe épidémique en 1918 qui laisse une toux légère. En 1919, apparaît légère expectoration avec fébricule intermittente. Peu après, grossesse avec troubles digestifs et vomissements ; maigrit de 8 kg. ; accouchement sans incidents qui paraît sans influence sur l'état pulmonaire.

Mai 1921 : Ulcéro-caséeuse du poumon gauche. Condensation légère du sommet droit. Etat général médiocre. Part après 1 mois, aggravée.

D... Nathalie, 37 ans, commerçante. — Ascendants campagnards, robustes ; mère morte de tuberculose pulmonaire un an après la naissance de la malade. Sans antécédents personnels, mais délicate. Coûtico-pleurite, pendant une première grossesse. Une 2^e, un an après, est presque immédiatement suivie de quelques petites hém., se soigne pendant quelques mois. Silence de 12 ans. Après une période de surmenage, hém. fébrile suivie d'expectoration abondante et de fièvre pendant 3 semaines (P).

Décembre 1922 : fibreuse bilatérale, à la fin d'une poussée évolutive ; encore instable. Mars 1923 : très améliorée.

A... Lucie, 41 ans, sans profession. — Ascendants citadins, robustes. Mère morte de tuberculose pulmonaire probablement. Assez délicate. Ptose abdominale. En 1917, toussolait. On trouve un « sommet suspect » ; en 1920, grossesse et accouchement normaux. Surmenage

consécutif à maladie mortelle de l'enfant (broncho-pneumonie) : cortico-pleurite, et dépression générale.

Octobre 1921 : forme fibreuse en période d'activité récente, du lobe supérieur droit. Légère atteinte gauche.

Mai 1924 : après quelques poussées bénignes, la maladie part, très améliorée.

D... Germaine, 29 ans, ménagère. — Ascendants très robustes, campagn. Un peu délicate, Surmenée, 1916 : pleurésie et broncho-pneumonie (?), soignée convenablement 2 hivers. 1919 : poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. Novembre 1919 : mariage ; nouvelle poussée évolutive. Février 1920 : hémoptysie. Septembre 1920 : accouchement normal, sans suites. Novembre 1921 : après surmenage, poussée évolutive. Pendant l'été 1922, hémoptysie : *modérée et brève*.

Novembre 1922 : fibreuse à prédominance droite avec géode ; subfébrile ; état général assez bon. Légère infiltration interaryténoïdienne.

Mai 1923 : améliorée.

D... Jeanne, 34 ans, sans profession. — Ascendants citadins, robustes. Sans antécédents personnels. Robuste. 1922 : P. A. pour pneumonie caséreuse. Bon résultat interrompu par symph. spontanée après 3 ans, puis grossesse et accouchement normaux. 3 mois après, bilatéralisation. 1925 : Ulcéro-caséreuse bilatérale. Lésions immobilisées à gauche (ancien P. A.), évolutives à droite. Après période stationnaire d'un an, l'évolution reprend. Décès en janvier 1928.

F... Jeanne, 42 ans, sans profession. — Ascendants parisiens, robustes. Pleuro-pneumonie il y a 16 ans. Bien remise, mais restée très délicate ; paraît avoir eu depuis plusieurs poussées évolutives de tuberculose pulmonaire

avec longues périodes de rémission. Pendant l'une d'elles, grossesse normale qui n'a été suivie d'aucun incident.

Août 1927 : fibreuse du poumon gauche en poussée évolutive avec atteinte légère du poumon droit ; état général médiocre. Décembre 1927 : stationnaire ; pronostic réservé.

G... Lia, 24 ans, sans profession. — Ascendants campagnards robustes ; sans antécédents personnels. Pleurésie en septembre 1925, qui a laissé une toux persistante sans expectoration ; juin 1926 : avortement de 1 mois $\frac{1}{2}$. Un mois après, la toux augmente, l'expectoration apparaît, la température monte à 38 et s'y maintient.

Décembre 1926 : Ulcéro-caséuse bilatérale très prédominante à gauche. Malgré la bilatéralité, P. A. interrompu après 3 insufflations. Juillet 1927 : aggravation progressive et décès.

G... Marguerite, 36 ans, sans profession. — Ascendants citadins robustes. Paratyphoïde il y a quelques années, suivie de poussée congestive à la base et au sommet du poumon droit. Il y a un an, accouchement suivi immédiatement d'une poussée au sommet gauche, puis d'une autre au sommet droit.

Décembre 1926 : fibro-caséuse évolutive bilatérale prédominant à droite.

Mai 1927 : Améliorée, mais très instable.

L... Henriette, 24 ans, sans profession. — Ascendants citadins, robustes, sans antécédents personnels. Mars 1923 : enceinte de 2 mois ; peu avant le début de la grossesse, fatigue générale, troubles digestifs, crachats hémoptoïques, quelques râles au sommet gauche. Ac-

tuellement, sclérose du sommet. Juin 1923 : très améliorée. Octobre 1923 : accouchement sans incidents.

L... Marie, 26 ans, sans profession. — Ascendants habitant le Maroc, robustes. Délicate, mais sans antécédents personnels. Début constaté il y a 2 ans : laryngite et infiltration gauche. Il y a 8 mois accouchement sans incident. Janvier 1921 : ulcéro-caséuse du poumon gauche en période de rémission. Cure sérieuse pendant 2 ans très améliorée. Voyage. En 1926, poussée évolutive au poumon droit. En 1927, poussée grave à évolution rapide. Décès en quelques mois.

L... Henriette, 33 ans, sans profession. — Ascendants campagnards robustes. Bronchites fréquentes il y a 10 ans ; en 1916, congestion pulmonaire. Dès le mariage, maigrit de 5 kilos. 2 accouchements sans incidents. 10 mois après le dernier, poussée congestive des 2 sommets. L'expectoration apparaît 2 mois après.

Mars 1923 : Ulcéro-caséuse légèrement bilatérale en période de rémission.

Mai 1924 : stationnaire.

R... Marie, 31 ans, modiste. — Ascendants campagnards robustes. Pleurésie et cortico-pleurite en 1924. Accouchement sans incident il y a 3 ans ; l'enfant a de l'adénite cervicale.

Mars 1923 : « bronchite aiguë ».

Décembre 1923 : cortico-pleurite droite. Température avoisinant 38.

Septembre 1924 : très améliorée.

R... Marcelle, 26 ans, sans profession. — Grand'mère morte de tuberculose pulmonaire à 80 ans. Autres ascen-

dants robustes. Congestion pulmonaire à 7 ans. Appendicite il y a 12 ans. Appendicectomie il y a 3 ans.

1926 : Poussée évolutive de tuberculose pulmonaire soignée 2 hivers en sanatorium. Grippe épidémique en 1918, sans réaction pulmonaire. 1920 : grossesse, avec poussée évolutive au 6^e mois : P. A. rapidement abandonnée pour bilatéralisation. Accouchement immédiatement suivi d'une poussée évolutive ; depuis traîne.

Novembre 1923 : Infiltration bilatérale à prédominance droite stationnaire pendant 6 mois. Départ interpestif à Paris, d'où revient avec fonte du 1/3 supérieur du poumon gauche. Décès juillet 24.

R... Marie, 30 ans, sans profession. — Tuberculose pulmonaire diagnostiquée antérieurement aux 2 grossesses. La 1^{re} sans incident, 4 ou 5 expectorations quotidiennes. 3 mois après le 2^e accouchement aggravation locale, 38°5.

Juillet 1914 : Ulcéro-caséreuse du poumon gauche. P. A. entretenu pendant 4 ans, avec excellent résultat, malgré la coalescence progressive des parois de la cavité.

S... 20 ans, sans profession. — Ascendants citadins, robustes ; père mort de pleurésie ; frès **délicate** ; aurait eu quelques crises d'asthme (?). 1925 : infiltration du lobe supérieur droit, grippe intercurrente suivie de pleurésie interlobaire. P. A. qui reste très partiel et peu opérant. A ce moment, grossesse et accouchement prématuré (7 mois) qui aggrave l'état général et local, le P. A. se résorbe spontanément.

Octobre 1927 : Ulcéro-caséreuse bilatérale. Atteinte grave de l'état général. Février 1928 : très aggravée. Pronostic fatal.

S., Elise, 39 ans, ménagère. — Ascendants citadins, robustes, sans antécédents personnels, mais délicate. Pleurésie en 18, poussées évolutives en octobre 1918, février 19, novembre 1923, août 1924, depuis 1 an la température se maintient à 38°. Trois grossesses antérieures. Depuis la maladie dont l'effet déterminant sur l'aggravation est incertain, la malade ayant continué à travailler jusqu'en 1924.

Août 1926 : Ulcéro-caséuse extensive bilatérale. Aggravation régulière. Décembre 1926 : décès.

U., Louise, 29 ans, sans profession. — Ascendants robustes, campagnards et citadins : entérite vers 15 ans. 1921, mariage ; un mois après pleurite ; séjour à la Bourboule où l'évolution pulmonaire paraît commencer ; devient enceinte ; fausse-couche 2 mois, à la suite de laquelle l'amaigrissement et la toux augmentent.

Mai 1922 : Lobite supérieure droite excavée. Infiltration de la base gauche, laryngite infiltro-œdémateuse très évolutive. Décédée novembre 1922.

W., Jeanne, 31 ans, sans profession. — Ascendants campagnards, robustes sauf le père. Sans antécédents personnels mais délicate. Mal logée. Rétrécissement mitral pur. Tuberculose pulmonaire ayant débuté dans l'adolescence probablement. En 1922, bronchite « traînante ». Mariage 2 mois après. Accouchement, début 1923, suivi immédiatement d'une hémoptisie sans fièvre. En même temps, surmenage. L'expectoration d'abord minime augmente.

Mars 1923 : Sclérose des sommets.

V., 30 ans, sans profession. — Famille robuste. Sans antécédents mais chétive. Pleurésie en 1911. Poussée thermiques, en 1913. Légère infiltration des 2 sommets

en 1914. Cure en Suisse jusqu'en 1917 ; considérée comme guérie. 1918, rougeole et broncho-pneumonie. Grossesse en 1919. Peu après on constate infiltration massive à gauche avec fonte. Amélioration, mais rechute en 1920.

Avril 1921 : Ulcéro-caséuse extensive du poumon gauche, lésions laryngées. Décès avril 1922.

W... *Emilie, 25 ans, sans profession.* — Père mort de tuberculose pulmonaire. Autres ascendants robustes. Fièvre typhoïde en 1913, délicate. 2 grossesses normales. Décembre 1923, infiltration des 2/3 du poumon gauche. Tentative infructueuse de P. A. Après 1 an de cure sans incident, repart légèrement améliorée. Décembre 1927, avortement probablement provoqué et non médical. Hémorragie abondante. Revient avec signes d'extension rapide ; quelques jours après, signes de méningite. Pronostic fatal.

Conclusions

Les principales statistiques publiées sur les cas de tuberculose coïncidant avec la grossesse sont presque unanimes à montrer le danger de cette association. Les plus pessimistes, cependant, rapportent des cas dont le résultat est favorable.

L'influence pernicieuse de la grossesse paraissant bien établie, on ne doit pourtant pas porter dans de tels cas un pronostic systématiquement mauvais, et on peut chercher la raison des cas d'espèces dans des circonstances autres que la grossesse, dont la présence ou l'absence aurait son influence sur le pronostic.

Nous avons cru trouver cette raison, non seulement dans la forme clinique ou le caractère évolutif des lésions, mais aussi dans les antécédents, le terrain, le tempérament, dans une défaillance passagère de la résistance ainsi que dans le mode, la rigueur et la durée du traitement.

L'examen de nos 94 observations a donné les résultats suivants :

1) *Tuberculose post-puerpérale.*

a) Pour les cas à début aigu l'absence de causes favorisantes ne semble avoir aucune importance. N'en paraissent influencées, ni la gravité des lésions (77 %) ni l'issue généralement défavorable (100 % des formes graves).

b) Pour les cas à début insidieux, l'existence d'antécédents familiaux ou personnels de tuberculose ne paraît ni favoriser le développement des lésions pulmonaires (51 % avec antécédents, 49 % sans antécédents), ni augmenter le nombre des formes graves (78 % avec antécédents, 74 % sans antécédents), ni influencer sensiblement sur le pronostic. (37 % de mauvais résultats avec antécédents, 52 % sans antécédents).

En revanche, qu'il s'agisse de formes graves ou bénignes, le défaut de résistance générale (tempérament héréditaire) ou l'existence de causes qui diminuent cette résistance (surmenage, maladies débilitantes, mauvaise hygiène) est de première importance pour le pronostic (8 formes graves sur 9,6 mauvais résultats sur 9).

2) *Perpuéralité chez les tuberculeuses.*

a) Son influence a été mauvaise dans 67,55 % des cas.

Dans ces cas, cependant, cette aggravation s'est souvent terminée favorablement (36 %). Réserve faite des formes évolutives traitées par le P. A. il

s'agit toujours de malades fibreuses sujettes seulement à des poussées bénignes et espacées, et toutes de tempérament résistant.

b) La grossesse s'est montrée sans influence dans 32 % des cas. Il s'agit de malades guéries ou stabilisées, après un traitement convenable, pneumothorax, cure sanatoriale ou au moins séjour dans un climat convenable. Toutes sont sans antécédents et résistantes.

La proportion globale de 57 % de cas heureux (non aggravés ou aggravés avec résultats définitifs bons) renferme des formes fibreuses, non évolutives ou peu évolutives et d'autres formes convenablement et assez longtemps traitées.

Toutes ces malades ont vécu dans des conditions d'hygiène favorables, sont sans antécédents et de tempérament robuste. Ce qui justifie la place très importante que nous avons cherché à donner à ces éléments et en particulier au tempérament.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu, le président,

EMILE SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

